

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

“POLITICAS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD”

CUADERNOS DE TRABAJO

N° 4

**Estrategias de atención en salud a población indígena y
su relación con la respuesta social en la Ciudad de
Medellín 2011**

MEDELLÍN - COLOMBIA



Alcaldía de Medellín



Metrosalud

Investigadora Principal
María Victoria López López

Co-investigadores
Gustavo Alberto Amador Tamayo
Luis Emilio Zúñiga Escobar
Rugo Alberto Miranda Escobar
Paola Milena Torres de Guzmán

Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín 2011

Investigación financiada por:

Universidad de Antioquia.

Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud Municipal. Convenio de Asociación Municipio de Medellín-Secretaría de Salud y Universidad de Antioquia Número: 4600028692 de 2010

ESE Metrosalud. Acta 03-11,04-11 y 05-11

Entidad ejecutora: Facultad de Enfermería-Universidad de Antioquia

Fecha inicio: 17/12/2010

Fecha finalización: 16/12/2011

Diciembre 2011

Investigadora Principal:

María Victoria López López¹

Co-investigadores

Gustavo Alberto Arango Tamayo²

Luis Emilio Zea Bustamante³

Hugo Alberto Múnera Gaviria⁴

Paola Milena Sampedro Ossa⁵

¹ Socióloga, magister en Medicina Social. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Integrante Grupo Políticas Sociales y Servicios de Salud. mvlopez@tone.udea.edu.co mvlopezlo@hotmail.com

² Sociólogo, magister en Ciencias Sociales. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Integrante Grupo Políticas sociales y servicios de salud.

³ Enfermero, magister en Desarrollo Educativo y Social. Universidad Pedagógica Nacional. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Integrante Grupo Promoción de la salud

⁴ Enfermero, magister Salud Colectiva, Universidad de Antioquia Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Integrante Grupo Políticas sociales y servicios de salud.

⁵ Odontóloga, estudiante de Derecho U de A. Funcionaria ESE Metrosalud.

CONTENIDO

PRESENTACION

1.1. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.2. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

1.3. METODOLOGIA

1.4. PARTICIPANTES

Agradecimiento

- A los participantes indígenas de distintas comunidades, indígenas gestores, indígenas estudiantes y gestores no indígenas, por entregarnos su conocimiento y compartirnos sus vivencias y sus preocupaciones acerca de la realidad de atención en salud en Medellín para ellos y para sus hermanos indígenas. A los líderes de las organizaciones gubernamentales y no Gubernamentales que trabajan en función del bienestar de los indígenas en la ciudad y que nos abrieron sus instituciones y sus saberes acerca del tema.
- A la Secretaría de Salud de Medellín, a la Empresa Social del Estado Metrosalud y a la Universidad de Antioquia, en particular al Comité de Desarrollo de la Investigación CODI y al Centro de Investigación de la Facultad de Enfermería –CIFE- por apoyar financieramente el proyecto y por estimular la realización de este trabajo.
- A la Maestra María Eumelia Galeano Marín por su estímulo para afrontar la temática, por su lectura rigurosa y las sugerencias que permitieron afinar el presente reporte y sin las cuales lo consideraríamos inconcluso. No obstante las fallas que aun contenga el informe, son responsabilidad exclusiva de los investigadores.
- A Erika Uribe por la gestión administrativa, el acompañamiento en los talleres grupales y sus aportes en la última fase del trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.1. Organización Mundial de la Salud

1.2. Organización Mundial de la Salud

1.3. Organización Mundial de la Salud

1.4. Organización Mundial de la Salud

1.5. Organización Mundial de la Salud

1.6. Organización Mundial de la Salud

1.7. Organización Mundial de la Salud

1.8. Organización Mundial de la Salud

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	6
1. CATEGORÍAS TEÓRICAS SENSIBILIZADORAS Y ELEMENTOS DEL CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL Y NORMATIVO	11
1.1 CATEGORÍAS SENSIBILIZADORAS	11
1.2 ASPECTOS DEL CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL DE LOS PARTICIPANTES.....	13
1.2.1 Antecedentes históricos	14
1.2.2 Migración y Desplazamiento Forzado	15
1.2.3 Acercamiento a la cosmovisión Indígena.....	16
1.2.4 Comunidades indígenas	18
1.3 ELEMENTOS DEL CONTEXTO JURÍDICO	33
1.3.1 Principio de autonomía.....	35
1.3.2 La condición de indígena.....	37
1.3.3 Derecho fundamental a la salud.....	39
2.DECISIONES METODOLÓGICAS	43
2.1 ACERCA DE LA ESTRATEGIA Y EL DISEÑO.....	44
2.2 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:.....	46
2.2.1 Observación en instituciones de salud	46
2.2.2 Entrevistas a funcionarios (gestores de programas y proyectos) de organizaciones indígenas.....	47
2.2.3 Entrevistas individuales a indígenas.....	48
2.2.4 Entrevista grupal a indígenas estudiantes de la ciudad con experiencia en la búsqueda directa de atención para la salud, o para alguno de sus hermanos indígenas.	49
3.RESULTADOS	50
3.1. ELEMENTOS DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL RELACIONADO CON LA ATENCIÓN EN SALUD RECONOCIDO POR LOS PARTICIPANTES.....	52
3.1.1 Origen étnico y tiempo de vivir en Medellín	52
3.1.2 Condiciones socio-culturales	56
3.1.3 Condiciones socioeconómicas	58
3.1.4 Experiencia de la vida en la ciudad:.....	62
3.2. REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS INDÍGENAS ACERCA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	67
3.2.1 Representación social de la salud.....	68
3.2.2 La enfermedad: su representación y explicación	72
3.3. PRÁCTICAS EN SALUD RECONOCIDAS POR LOS INDIGENAS.	77
3.3.1 Medicina tradicional, sus actores, rituales y medios de curación.	78
3.3.2 Medellín: prácticas en salud reconocidas por los indígenas, como propias de la ciudad.....	82
3.3.3 Medicina tradicional y occidental: estrategia de complementariedad.....	85

3.4. PERCEPCIÓN DE LOS INDÍGENAS ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, OCCIDENTAL Y TRADICIONAL RECIBIDA EN MEDELLÍN	88
3.4.1 Organizaciones:	89
3.4.2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).....	99
3.4.3. Voces relacionadas con la experiencia de la atención.	103
3.5. Acceso y barreras para la atención a la salud.....	117
3.5.1 Las distancias, lo geográfico:	117
3.5.2 Idioma:	118
3.5.3 Aspectos económicos:.....	119
3.5.4 Trámites:	121
3.5.5. Cultura:.....	123
3.5.6 Exigibilidad del derecho:	124
3.5.7 Atención con calidad:.....	125
3.5.8 Participación: tutelas.....	126
REFERENCIAS	1
ANEXOS.....	1

PRESENTACIÓN



Tabla de curación Emberá

Fuente: <https://www.google.com/imghp?hl=es&tab=wi>

Esta investigación fue posible gracias al Convenio de Asociación Municipio de Medellín-Secretaría de Salud y Universidad de Antioquia, posteriormente fue aprobada en la Convocatoria Externa de Investigación 01-2011. El objetivo general fue analizar las percepciones de población indígena, acerca de las estrategias de atención en salud en la ciudad de Medellín, durante el período 2010-2011. Para ello se asumieron como objetivos específicos los siguientes: Describir las representaciones y prácticas de los indígenas respecto al proceso de atención a la salud en Medellín; reconocer los tipos de servicios de atención en salud utilizados por la población indígena y, explorar las condiciones de acceso a los servicios de salud para la población indígena de Medellín.

El problema de investigación

La salud-enfermedad y la atención como proceso histórico social, dependen de la manera como las poblaciones estructuran sus opciones de acuerdo con la adscripción al grupo social, la forma como es irradiada la población por los beneficios del desarrollo social, el nivel de prioridad asignado a dicho grupo por el Estado en su política social y el nivel de apropiación individual de la salud como necesidad básica. (1)

Los indígenas en asocio con mestizos, blancos y afro-descendientes, constituyen una de las bases fundamentales del reconocimiento de Colombia como país pluriétnico y pluricultural como se reconoce en el Artículo 7 del Título I de la Constitución Política de Colombia. En este sentido, deben gozar de los mismos derechos garantizados por el Estado a todos los habitantes, para su preservación en condiciones óptimas. Entre estos derechos se incluye la atención en salud, su promoción y la prevención de la enfermedad para todos, como se establece en los artículos 49 y 50 del capítulo 2 de los Derechos Económicos, Sociales y culturales en la misma Constitución(2). Este derecho es contemplado como uno de los objetivos de la política pública del Departamento de Antioquia, cuando incluye el compromiso de asegurar a los miembros de las comunidades indígenas el acceso a la prestación de los servicios básicos, entre ellos la salud de acuerdo con las particularidades sociales y culturales. (3)

Para el reconocimiento del derecho a la salud, se modificó en el país desde 1993 el Sistema Nacional de Salud, creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100), cuya implementación ha privilegiado procesos centrados en la

biomedicina, dejando en lugar secundario las representaciones y prácticas de salud basadas en las características culturales de grupos minoritarios como las comunidades indígenas. Dichas especificidades deben ser referentes centrales de las políticas y programas de salud, por cuanto generan barreras comunicativas, que inciden en el acceso y el reconocimiento de los servicios por parte de los pobladores de las diferentes etnias que son atendidas en la ciudad.

De acuerdo con la Ordenanza 32 de la Asamblea Departamental de Antioquia (3), que adopta la política de reconocimiento de derecho de los pueblos indígenas, una comunidad indígena es definida como grupo de familia de ascendencia amerindia con conciencia de identidad, que comparten valores, rasgos, usos o costumbres propios de su cultura, así como formas de gobierno, gestión, control social o sistemas normativos que los distinguen de otras comunidades. De acuerdo con estas características, en Antioquia se reconocen como pobladores indígenas los grupos étnicos Emberá Katío, Tule, Zenú y Emberá Chamí. Aparte de estos grupos la ciudad de Medellín integra como población flotante, indígenas pertenecientes a otras comunidades del país o del exterior. El estudio trató de incorporar distintas voces, dado que pueden tener representaciones y prácticas en salud diversas; muchas de ellas, no siempre tenidas en cuenta en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En esta medida se entiende que las personas pertenecientes a las comunidades indígenas, diseñan y organizan modos de solucionar sus problemas y satisfacer sus necesidades en salud, de acuerdo con sus características socioculturales, los cuales pueden no estar institucionalizados o formalizados. Razón por la cual, la respuesta social constituye una categoría teórica importante de considerar, cuando se trata de analizar problemas sociales y de salud en determinados grupos.

El proceso salud-enfermedad-atención opera en forma diferenciada en toda sociedad y en los sectores que la integran. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud y las respuestas a los mismos son algunos de los hechos frecuentes, continuos e inevitables que afectan la vida. Los conceptos de salud, enfermedad y atención, se encuentran articulados, pues “son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más medicalizado- se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a)” (4).

Se entiende que la subjetividad como referente fundamental para la atención en salud a la población indígena en Medellín, se construye en la cotidianidad y se transmite a las diversas generaciones mediante la socialización. De igual manera, los criterios originados en el proceso s/e/a son base de la organización de la respuesta social, para mantener o para recuperar la salud. Para comprender las representaciones y las prácticas sociales en salud, ha sido importante considerar que los sujetos y los grupos construyen significados sociales respecto de los padecimientos que los amenazan, de forma permanente o circunstancial a nivel real o imaginario.

Los sistemas de salud como respuesta social organizada a las necesidades de salud, son construcciones socioculturales dinámicas, en la práctica se relacionan entre sí, modificándose al tomar en cuenta aspectos de lo biomédico (considerado hegemónico) con otros de sistemas populares, tradicionales y alternativos en el proceso s/e/a, dicho dinamismo hace que estén en constante evolución. Así, la organización de la atención, con privilegio biomédico, afecta el acceso a los servicios de salud de la población indígena, al no considerarse las representaciones y prácticas, con las cuales, dicha población, afronta el proceso salud-enfermedad desde sus referentes culturales.

Población Indígena en la ciudad de Medellín

Según información resultante de la “Encuesta de Calidad de Vida” (5), realizada por la Alcaldía de Medellín, en el año 2008 existían en la ciudad un total de 2000 personas que se auto-identificaron como indígenas pertenecientes a diferentes grupos étnicos, ellos representan el 0.08 % de la población de la ciudad. Este volumen poblacional reside en diferentes zonas de la ciudad. Ocupa el primer lugar, la zona centro-oriental (Zona ésta, conformada por las siguientes comunas: Villa Hermosa, Buenos Aires y La Candelaria) con el 47.5%, seguida de la Suroccidental con el 29.4% de los indígenas que integran la población de la ciudad en este año. La zona suroriental que sólo comprende la comuna de El Poblado, fue la que menos registró personas autoidentificadas como indígenas con el 1.5% del total de indígenas residentes en Medellín (anexo 1). Con respecto al estrato socioeconómico de la población, predominaron el estrato “bajo”, “medio bajo” y “bajo bajo” como los que en su orden concentran el mayor número de esta población, con 38.7, 31.3 y 16.7% de la población, (anexo 2). Situación que muestra los bajos niveles en cuanto a vivienda, educación, empleo y en general condiciones económicas de los habitantes indígenas encuestados en la ciudad en el año 2008.

Por barrio, en la ciudad se encuentran pobladores de diferentes etnias fundamentalmente en Llanaditas, Andalucía la Francia, Manrique Oriental, Santa Cruz, Barrio Antioquia, San Diego, Niquitao, Santo Domingo, Moravia, Castilla, Zamora, Vallejuelos, 12 de Octubre, Villatina; de manera excepcional residen en: Belén, Sevilla, Robledo, Prado, San Javier y Aranjuez (6).

Según algunas de las aproximaciones diagnósticas disponibles (6) esta población incluye etnias como la Emberá Chamí, Zenú, Emberá Katío, Inga, Nasa, Guambianos, Kamentsa, Siona, Cubeo, Arhuaco, que se ubican fundamentalmente en las zonas indicadas en los párrafos anteriores. Aunque dada la característica de población no originaria de la ciudad y su movilidad permanente desde sus lugares de procedencia, por diversos motivos (migración originaria en búsqueda de mejores condiciones de vida, como la educación, la salud, o el desplazamiento ocasionado por la agresión de diferentes actores, caso de los grupos al margen de la ley, o el conflicto armado con los actores que en él participan, el Estado, los grupos armados ilegales, o la delincuencia común, aparte de las exigencias de los megaproyectos, etc.) tanto las cifras, como los grupos étnicos que contempla, son datos siempre cambiantes, situación que incide en la prestación de cualquier tipo de servicios, necesarios para el reconocimiento de los derechos.

Es presumible que por los procesos de desplazamiento al interior del país, los grupos étnicos a que pertenecen los indígenas en la ciudad sean principalmente originarios del interior de Antioquia (Zenú, Emberá, Tules) y de Colombia, más que del resto de Latinoamérica. Con respecto a los lugares de origen de esta población, fundamentalmente los procedentes del interior del departamento de Antioquia, se destacan de la región del occidente los municipios de Dabeiba, Frontino, y Uramita, del Suroeste, el municipio de Urrao, de Urabá, los municipios de Apartadó, Chigorodó, Murindó, Mutatá, Turbo y Vigía del Fuerte(7).

Los sitios de residencia en la ciudad, marcan en algún sentido la manera de vivir de estos grupos poblacionales y las posibilidades de acceso a los servicios que ofrece, porque las dotaciones son diferentes según el estrato socioeconómico del barrio en el cual son recibidos por la ciudad, con diferencias en la calidad de vida. La vida en la ciudad implica cambios con respecto a sus lugares de origen, relacionados con sus características culturales como la relación con la “madre tierra” fuente de su cosmovisión; entre los cambios es fundamental la consideración de sus valores, el sentido de la familia, la alimentación, la vivienda, la educación, la salud, entre otros aspectos.

1. CATEGORÍAS TEÓRICAS SENSIBILIZADORAS Y ELEMENTOS DEL CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL Y NORMATIVO

Teniendo presente que las preguntas orientadas a la recuperación de la subjetividad mediante el estudio de percepciones, motivaciones y prácticas de un grupo específico son coherentes con los métodos cualitativos de investigación social, se optó por la utilización de categorías sensibilizadoras, más que un marco teórico preconcebido, puesto que este tipo de categorías dinamizan la reflexión permanente acerca de los conceptos emergentes en el proceso y de esta manera, el cumplimiento con las características de los métodos cualitativos con respecto al diseño: flexible, abierto, emergente y multicíclico, así como de sus momentos: exploración, focalización y profundización(8).

Así mismo, se destacan elementos del contexto histórico social de los participantes según características de los grupos étnicos identificadas en las entrevistas, lo cual emergió como un

objetivo específico no considerado en el proyecto inicial. Y finalmente en este apartado se presenta otro aspecto que surgió con fuerza, la necesidad de búsqueda de información, relacionada con la legislación indígena y su anclaje en el derecho a la salud.

1.1 CATEGORÍAS SENSIBILIZADORAS

Desarrollar un trabajo de investigación sin asumir previamente todos los ejes teóricos y metodológicos permite como afirma Bordieu(9) que sin saber del todo los pasos previos del proceso, el investigador se dé la oportunidad de descubrir en lo que se hace, algo que no sabía. Las representaciones sociales, entendidas, como una aproximación que privilegia los procesos sociales a partir del sentido común, posibilita el análisis de la manera como, los sujetos sociales, aprehenden los acontecimientos de la vida cotidiana, configuran ideas explicativas y prácticas sociales. En este caso, el estudio se centra en la atención en salud que obtienen los indígenas que viven en Medellín, quienes, a partir de informantes calificados, pueden expresar mediante símbolos comunicativos el sentido del proceso salud-enfermedad-atención.

El enfoque etnográfico propuesto por Banch(10), centra las representaciones sociales en los patrones de pensamiento social y comportamiento propios de la rutina cotidiana en el contexto concreto asociados a la manera como los sujetos afrontan su vida diaria y la relación con los demás, en un conocimiento que es socialmente elaborado y compartido(11). Este enfoque hace posible el acercamiento a la comprensión de los acontecimientos que afectan la salud de los indígenas en la ciudad. En definitiva las representaciones sociales que se tienen sobre el proceso salud-enfermedad-atención, constituyen principios orientadores de las prácticas en salud de los pobladores indígenas que viven en Medellín.

El estudio se relaciona con la Salud Colectiva como campo de conocimiento que pretende navegar en lo inter y transdisciplinario desde un objeto de estudio constituido en las representaciones, los problemas y las estrategias de acción o prácticas, que se presentan en el curso de la vida social(12). Bajo esta perspectiva de la Salud Colectiva es posible trascender la medicalización, para acercarnos a ella como ámbito de prácticas que se centran en las necesidades sociales de salud y que remite a aceptarla como realidad histórica y cambiante, a partir de la relación con otros. La

medicalización se entiende no como el excesivo uso de medicamentos, sino como el proceso a través del cual problemas no médicos se tratan como si lo fuesen en términos de enfermedad, padecimiento o trastorno. Medicalizar la condición humana supone aplicar una etiqueta diagnóstica a sentimientos, a comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente anormales pero que se sitúan en un área nebulosa, difícil de distinguir de toda una gama de experiencias que a menudo van ineludiblemente unidas al hecho de ser persona(13).

La salud colectiva, privilegia el carácter histórico, social y cultural en el que crecen los seres humanos. Se reconoce el carácter complejo y contradictorio de las sociedades, lo que en el presente trabajo, permite caminar entre saberes, realidades y acciones que ocurren en el contexto de la atención en salud de los indígenas que participan en él, evidenciando su carácter autopoietico(14), mediante el cual las personas actúan en lo social, construyendo sus posibilidades de acción e interacción en relación con sus procesos vitales.

La Respuesta social en este trabajo se entiende como el conjunto de acciones lideradas por el Estado o por la comunidad, en este caso los

pobladores de origen indígena residentes en Medellín, para el mejoramiento de las condiciones de vida y para enfrentar la salud-enfermedad-atención. Como tal la respuesta social comprende el análisis de las opciones en salud, concretadas en organizaciones y prestación de servicios estatales y alternativas a las que recurren los pobladores indígenas con base en sus percepciones, representaciones, prácticas y posibilidades de acceso(15).

1.2 ASPECTOS DEL CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL DE LOS PARTICIPANTES

Es importante en cualquier estudio relacionado con el reconocimiento de los derechos de la población, la identificación de la demanda potencial o real como base para definir la infraestructura requerida, en este caso, tratándose de una aproximación a la calidad de la atención a la salud, como un derecho de las comunidades indígenas en la ciudad de Medellín, se hace más urgente el reconocimiento de su significación numérica, por tratarse de un grupo que soporta múltiples exclusiones, además del tiempo expuesto a las mismas, lo que redundaría en condiciones de existencia más difíciles que la sociedad hegemónica.

Además, e igual de significativo, es la consideración de las características culturales, entre las cuales los procesos de reproducción como grupo específico en la salud, su prevención, promoción y recuperación son fundamentales como complemento a la determinación numérica. En este caso se trata de recuperar las características culturales de las etnias presentes en la ciudad de Medellín, específicamente lo relacionado con la medicina tradicional o ancestral, así como no sólo algunas de las prácticas sino también los actores comprometidos, para de esta manera poder transitar a la propuesta de su recuperación y complementación con la medicina occidental.

El volumen poblacional es fundamental para buscar la adaptación de la oferta a la demanda de los servicios mediante los cuales se hace el reconocimiento, la consideración de las características culturales, y entre estas el reconocimiento de las especificidades de la medicina tradicional como posibilidad de complementación con la occidental, posibilitando un diálogo de saberes mediante el cual se propicie un servicio que contemple las expectativas y costumbres de los indígenas en la ciudad. En esta ocasión, desde el derecho a la salud, más que desde la prestación de un servicio, la salud debe preocuparse

por su vínculo con las características culturales de los pueblos indígenas que buscan atención a la salud en la ciudad de Medellín, de acuerdo con algunos de los tratadistas de los derechos de estas comunidades(16), el reconocimiento del derecho a la salud debe basarse en el derecho a: la distintividad, a la igualdad, a lo propio, al mejoramiento y a la atención preferente.

El derecho a la salud es aplicable tanto a las personas como a las colectividades, por lo cual debe ser considerado tanto desde la prestación individual como su concreción en los programas, proyectos e infraestructura para reconocerlo, mediante los diseños y las dotaciones acorde con las características de las comunidades. En esta tarea es necesario además de respetar y valorar la diversidad cultural, contar con el conocimiento mutuo y la voluntad de comprensión para lograr una valiosa fertilización cultural. "La aceptación del otro junto a uno en la convivencia, es el fundamento biológico en el fenómeno social. Sin la aceptación del otro junto a uno no hay socialización y sin socialización no hay humanidad" (14). En este sentido y a manera de contexto se presentan a continuación algunos aspectos relevantes para avanzar en la idea de comprender la situación de los grupos indígenas en la ciudad de Medellín y su percepción sobre el habitar, que

desde su cosmovisión está íntimamente relacionado con el tema de salud.

1.2.1 Antecedentes históricos

Según la Constitución Nacional del 1991, Colombia se reconoce como un país multiétnico y pluricultural, donde abundan pueblos con formas propias de organización socio-política, económica, cultural, religiosa y ritual. En el proceso histórico de conformación nacional, esta diversidad de etnias y pueblos han sufrido un trato de desigualdad y discriminación por parte de la sociedad dominante.

El término "indio" expresa diferencias socio-culturales, cuyo contenido se fundamenta en el poder ejercido por una cultura hegemónica, la cual ha promovido campañas de invisibilización y exterminio desde hace más de 500 años, y sólo con la puesta en vigencia de la Constitución de 1991, se acepta que los pueblos indígenas tienen carácter especial por su riqueza cultural y conocimientos; en esencia admite la existencia de los pueblos con usos, costumbres y tradiciones inherentes a su naturaleza y cosmovisión. De acuerdo con Carvajal(17), la conceptualización de lo "indígena" ha estado delimitada por procesos sociales regulados desde el poder central, a través de la norma

jurídica y sus transformaciones en el tiempo. La necesidad de sumar de algún modo a los pueblos indígenas en la realidad del país, ha llevado a que se utilicen estrategias descontextualizadas con consecuencias graves en la pérdida progresiva de su identidad o el abandono total de sus tradiciones y costumbres. Pese al reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en la constitución nacional y a los intentos por mitigar los atropellos a que han sido sometidos.

Los pueblos indígenas siguen siendo objeto de la pérdida de sus culturas y territorios, el conflicto armado, la presencia de multinacionales en sus tierras, los megaproyectos, el deterioro ambiental, el desplazamiento forzado y la competencia de grupos armados por el control de territorios en donde los pueblos indígenas son con frecuencia el blanco de las amenazas de unos y otros grupos(18). Además, la ausencia de un apoyo real a los procesos de autogestión y proyectos de vida con autonomía, han generado el desplazamiento voluntario de muchos indígenas a las ciudades, con el falso imaginario de encontrar mejores condiciones de vida, este hecho amenaza gravemente la supervivencia física, cultural y organizativa de estos pueblos.

El conflicto étnico y la presión de las organizaciones internacionales que defienden los derechos indígenas, han incidido en la re-conceptualización del Estado frente al tema de la diversidad étnica, lo cual obliga la revisión de las relaciones con estos grupos históricamente marginados. Dicha revisión, sugiere la inclusión de manera efectiva y real en la normatividad, como agentes activos de la realidad nacional. La lucha de los pueblos indígenas sigue siendo por recuperar sus territorios ancestrales, igualmente reclama hacer su propia idea de política y lograr su propio desarrollo, dentro de los parámetros de su cosmovisión, pensamiento y cultura, para salvaguardar la diversidad del mundo y su propia existencia.

1.2.2 Migración y Desplazamiento Forzado

Según información de la Organización Indígena de Antioquia –OIA-(18) el desplazamiento forzado ha sido una de las causas principales del traslado a Medellín de los indígenas, este proceso, aparte de las causas originadas en el accionar de los grupos armados ilegales o no y del enfrentamiento entre estos y los organismos del Estado, se concreta en exigencias de los megaproyectos, los cuales son concertados con las multinacionales, pero no con las

comunidades indígenas como lo estipula el Convenio 169 de la OIT(19). En este Convenio, reconocido por la Legislación Colombiana mediante la Ley 21 de marzo de 1991, se reconocen "las aspiraciones, autonomía, identidad, lenguas y religiones dentro del marco de los estados en que viven (los indígenas), lo que los hace sujetos de derechos". Su no aplicación, en este caso por la falta de concertación con las comunidades indígenas, lleva a la violación de todos los derechos de estos grupos poblacionales.

Otro motivo de traslado, es la decisión libre de migrar, proceso que no puede identificarse con el desplazamiento forzado, puesto que en este la decisión es orientada por causas ajenas a la voluntad de quienes cambian de lugar de residencia, su identificación con la migración llevaría a ocultar uno de los procesos más dolorosos y significativos de la realidad actual del país. La migración tiene relación con la búsqueda de mejor estar, como el acceso a la educación, la salud, el mejoramiento de los ingresos, o por causas no siempre reales motivadas en el espejismo de la ciudad ocasionada en la difusión de beneficios, no siempre acorde con las características culturales de los grupos que se desplazan, por lo cual, no se pueden generalizar (caso de la búsqueda de empleo, salud, símbolos externos de bienestar originados en el

conceptos de vida buena de la sociedad hegemónica).

Aunque por motivaciones distintas, tanto la migración a la ciudad como el desplazamiento forzado a esta, o a los cascos urbanos cercanos a sus asentamientos inciden en forma directa en las maneras de vivir, cambios en la vivienda, en el trabajo en el campo, en las estrategias para organizarse, cambios en la forma de alimentarse y la obtención de los alimentos. Es así como, refiriéndose a estos procesos en el país, afirma la Agencia de la ONU para los Refugiados -ACNUR-, "hay cerca de un millón de indígenas en Colombia, pertenecientes a más de 80 grupos indoamericanos diferentes, con más de 60 lenguas distintas. Casi todos ellos han sido víctimas del desplazamiento forzado o han sido amenazados como resultado del conflicto armado interno. De acuerdo con la Organización Nacional Indígena de Colombia, 18 de los grupos más pequeños están en riesgo de desaparecer totalmente" (20).

1.2.3 Acercamiento a la cosmovisión Indígena

Uno de los principios que se destacan (21) en la cosmovisión de los pueblos indígenas del área intermedia en América, es que casi todas las comunidades parten de una *ley de*

origen, la cual respetan profundamente y es la base del derecho consuetudinario. Esta ley orienta las relaciones que existen entre todos los seres del mundo indígena.

Mientras en la visión occidental se percibe la naturaleza como objeto externo que el ser humano puede manipular, en el pensamiento indígena en cambio, todo lo material y espiritual, la naturaleza y el ser humano, están enlazados conformando así un universo simbólico, en el cual la realidad se presenta a través del símbolo. El indígena no representa al mundo, sino que lo hace presente simbólicamente por medio del ritual y la celebración, lo conoce vivencialmente (22). Algunos de estos son los ritos que se llevan a cabo con motivo del solsticio de verano, o en las celebraciones al arco iris que hacen los Ingas en el alto Putumayo para garantizar las buenas cosechas y también en las Mingas y celebraciones de las siembras y cosechas de comunidades como los Paez y Guambianos. Los Iku o como se les conoce por su nombre impuesto Arahuacos en la sierra nevada de Santa Marta, hacen "pagamentos" que son rituales de agradecimiento y retorno a la Madre Tierra por todo lo recibido, manteniendo así una armonía natural.

Los Mamos (Iku), las Piache (Wayuú), los Taitas (Ingas) y, los Jaibanás (Emberá) entre otros según Bermúdez (22), cumplen la función de "puentes" o mediadores en la relación sociedad-naturaleza y desempeñan el papel de sanadores y sacerdotes. Ellos han aprendido de sus mayores los conocimientos tradicionales que conforman las cosmogonías de cada uno de estos pueblos. Para los indígenas la enfermedad constituye un hecho que va más allá de lo orgánico, como la ruptura del equilibrio entre lo físico y lo espiritual que hace parte de su universo social y cultural. A la vez la curación se presenta como la lucha dialéctica entre los principios contrarios: la enfermedad como desequilibrio y la salud como armonía, la lucha entre la vida y la muerte manifestada por una serie de elementos presentes en el ritual. Son los mediadores quienes realizan la "presentación" simbólica y ritual de esa lucha.

Así como la enfermedad involucra al hombre en su conjunto, es decir afecta la parte física, emocional y espiritual, también el ritual de curación tiene que emplear diferentes maneras para restablecer el equilibrio. Por eso acude a varias formas, colores, cantos, símbolos, gestos, movimientos, sabores y lugares (22). Las plantas generalmente están presentes en los rituales, los mediadores las usan como agentes sanadores y/o vehículo

para conectarse con los espíritus y sus deidades. El conocimiento botánico de las comunidades indígenas es sumamente amplio y diverso, variando las especies utilizadas según la ubicación geográfica de las comunidades.

1.2.4 Comunidades indígenas

En este punto se hace una revisión de algunos de los elementos significativos de las comunidades participantes en la investigación. Se destaca entre estos su ubicación geográfica, el tipo de organización social, la composición familiar y la percepción sobre la salud-enfermedad. Cuando se hace referencia a los participantes en el estudio, se alude a aquellos que en el año 2011, vienen o residen en Medellín, por diversos motivos y que aceptaron la participación brindando la información pertinente; eso no quiere decir que en el pasado, desde el siglo XVI no se encontraran en el territorio que ocupa la ciudad de Medellín, comunidades indígenas como los Aburraes, los Nutabes, los Niquías y Yamesíes entre otros, de los cuales descendemos los residentes actuales de la ciudad, y que por motivos de poblamiento, migración, urbanización, industrialización y otros procesos fueron excluidos, exterminados o desplazados.

Emberá:

Según la fuente oficial de la Asociación de Cabildos Indígenas, los Emberá al 2010, eran alrededor de 25.000 personas, distribuidas en el Territorio Nacional, Panamá y Ecuador. En los Emberá, se reconocen sus consecuencias por ejemplo en la dialectización de su lengua, la cual ha orientado a varios grupos dialectales. Los Emberá de Antioquia se definen como "hombres de río" por la cercanía a las riberas de los ríos de la cuenca del Pacífico; (Emberá Dóbida) y por la localización en las vertientes montañosas "hombres de montaña" (Emberá Eyádida). A este último grupo pertenecen tanto Emberá Katío, como Chamí y los del alto Andágueda en cercanías con el Chocó. (23).

Otras de las diferencias que se expresan entre los grupos Emberá de acuerdo con su distribución geográfica son: en la mitología, el vestido, la vivienda, la pintura corporal, la alimentación, la integración al mercado, la violencia inter e intraétnica y la adopción del catolicismo, entre otras. Sin embargo, Varini (24) aclara que estas diferencias peculiares en muchos casos no resultan ser sustanciales y más bien responden a los procesos históricos particulares que ha vivido cada grupo en sus respectivos territorios. Para su arreglo personal usan jagua y el achiote con los cuales

dibujan la cara y el cuerpo como forma de expresar su rol en el grupo; y como una manera de prevenir las enfermedades. “la pintura corporal no sólo hace parte de su identidad étnica sino que protege de los *jais* (espíritu que pueden causar y curar enfermedad), es así como los niños, en sus primeros meses de vida, van pintados en todo el cuerpo con jagua para evadir los espíritus malévolos y las enfermedades; la jagua permite también esconderse de los *jais* ya que con ella éstos no reconocen la persona” (25).

Los Emberá se desempeñan en actividades agrícolas, cría de animales menores, cacería y pesca, además aprovechan del bosque plantas de uso alimenticio y medicinal. Cultivan para la subsistencia entre otros plátano, maíz, frijol, arroz, caña de azúcar, yuca, árboles frutales y palmas. Una modesta parte de su producción se destina al mercado exterior, representado por los pueblos negros y mestizos que rodean su territorio. Según Santa Maldonado y Gálves (26), la alimentación indígena se ha venido transformando rápida y progresivamente en sus resguardos por el uso de compras exógenas, es decir de alimentos no cultivados en sus tierras, cuestión que se vuelve más crítica cuando llegan a la ciudad, donde deben cambiar no sólo la forma y el contenido de su dieta, sino las formas de obtener el alimento.

Al referirse a la familia Emberá, se reconoce que la reconstrucción histórica del poblamiento coincide con el origen mítico de este pueblo que los ubica en las playas del río Baudó (Chocó) (27). Cada comunidad Emberá adquiere un nombre específico según su ubicación geográfica, pero cada una de ellas se agrupa en torno a las parentelas, las cuales implican derechos de herencia y acceso a la tierra por vías paternas y maternas, éstas se conforman por los familiares de un individuo hasta la cuarta generación. La vivienda Emberá es conocida como tambo la cual “consiste en un armazón de madera de planta circular o rectangular, construida sobre pilotes a una altura de 1.50 o dos metros sobre el nivel del suelo, con techo cónico de hojas de palma. Se asciende por un madero al que se le hacen muescas a manera de peldaños” (29). La vivienda cumple con funciones que sobre pasan la función primaria de resguardar a la familia del clima o del confort, pues la vivienda para los Emberá es una representación de los mundos espirituales. La vivienda es arte de la cosmovisión Emberá, sin muros, con buen acceso directo a luz y aire, cerca a sus familias y parentelas (28).

Respecto al concepto de salud-enfermedad, la población Emberá distingue dos grupos de

enfermedades: aquellas provocadas por la brujería o el asecho de los espíritus y otras introducidas por blancos y negros. Para la curación de las primeras se acude a los *jaibanas*, ellos son encargados de mediar entre los hombres y los espíritus, para lo cual utilizan plantas, conjuros y magia. Las enfermedades introducidas son tratadas por curanderos y curanderas con plantas medicinales y también utilizan los centros médicos cuando están cerca de sus poblados. (29)

Tule-Cunas:

Los Tule, como se denominan ellos mismos y que quiere decir "gente", son también conocidos como Cunas o Darienes por los cronistas europeos, ocupan la región del Darién, en el Urabá antioqueño y chocoano. Se encuentran principalmente en las localidades de Arquía en el Chocó y la mayoría en Caimán Nuevo, Departamento de Antioquia. La mayor parte de la población Tule vive en Panamá, en la comarca de San Blas y el bajo río Bayano (30). Los Tule combinan algunas actividades agrícolas con la caza y la pesca para su autoabastecimiento. Los Tule han desempeñado a través de la historia importantes labores comerciales suministrando a pueblos vecinos e incluso en la época de la colonia a europeos, productos como cacao,

coco, maíz, raicilla, plantas medicinales como la corteza de quina, tagua, ipecacuana y pieles de mamíferos como el tigre, los osos y, las nutrias(30). En los últimos años se ha venido intensificando la explotación comercial maderera. Por otro lado, la elaboración de artesanías como las molas se ha constituido en su actividad económica por tradición, siendo esta desarrollada principalmente por las mujeres.

La monogamia es el modelo afectivo predominante, así como las familias extensas conformadas por padre, madre e hijos. Cuando las hijas se casan continúan viviendo bajo el mismo techo con su familia materna y es el padre quien conserva la autoridad y quien continúa tomando las decisiones del hogar e interviene en situaciones de maltrato familiar entre las hijas y sus parejas. Las mujeres por su parte se ocupan del cuidado de los hijos y de la construcción de molas para el uso propio en su vestuario o para la venta. La vestimenta principalmente en las mujeres se distingue por ser adornada con molas y chaquiras y de gran colorido. Los Tule entienden que la educación está ligada a la tradición y es transmitida desde el embarazo por la madre y el Saila en las asambleas a las que asisten las madres embarazadas. La educación formal está inscrita en el proyecto educativo Tule elaborado por la propia comunidad, la

Organización de Cabildos Indígenas de Antioquia y la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento de Antioquia (31). En la cultura Tule Cuna los niños y las niñas empiezan a vincularse al trabajo agrícola, doméstico, o comunitario a partir de los 12 años y se consolida a los 14 años de edad.

A partir de la creencia y relación con los dioses, los Tule regulan aspectos como la salud y la alimentación y la disposición de sus viviendas. En la casa lo más importante es su ubicación respecto al mar. La vivienda es simétrica; ella representa la organización comunitaria. El ideal de vivienda es de dos plantas, con techo alto que permita la ventilación.

Para los Tule, los espíritus que habitan su mundo pueden sanar o enfermar, entonces para cada enfermedad tiene un santo o *Nusus*, figuras antropomorfas de madera fina, las cuales según el tipo de madera tiene mayor o menor poder de mediación con los espíritus. En las comunidades para tratar los males que aquejan están los *Nele*, *botánico y sobandero*, quienes con sus conocimientos de plantas y rituales mágico-religiosos practican la medicina popular Tule-Cuna. Las parteras son otra figura importante en el sistema propio de salud.

Kankuamos:

Se encuentran ubicados en la vertiente suroriental de La Sierra Nevada de Santa Marta, departamento del Cesar, este sistema montañoso es único en el mundo porque empieza en el litoral Caribe y termina a unos 6000 metros de altura en el pico nevado Simón Bolívar y Cristóbal Colón. En este sistema se encuentran representados todos los pisos térmicos y ecosistemas básicos del trópico. Este espacio geográfico tan especial se conoce como el corazón de la tierra. Los Kankuamos son una de las cuatro etnias originarias de la Sierra, descendientes de los Tayronas (21).

El territorio actual kankuamo no se corresponde con su territorio tradicional, debido a la expropiación de tierras que se ha dado desde la colonia y gran parte de la lucha de este pueblo ha sido lograr del gobierno nacional el establecimiento legal de su resguardo. Dentro de lo territorial se encuentran sitios sagrados donde las comunidades se reúnen para tomar las grandes decisiones. Para los pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, el territorio es como un libro sagrado donde están escritas las leyes de la vida. Cada monte que se destruye es como una página que se arranca del libro, es un mensaje que se perderá en el olvido. Por eso el descongelamiento

de los picos nevados es una clara señal para los Mamos de que el mundo no está bien, que no hay salud, que la tierra se está desangrando.

El fundamento de la autoridad y poder para la comunidad Kankuamo se basa primero en la *Ley de Origen* (ordenamiento de las fuerzas espirituales, materiales, la naturaleza, el mundo, las personas, en fin todo), luego vienen los sitios sagrados en donde nace la autoridad llamados *Ezwama* y en tercer lugar se encuentran las organizaciones, que es lo que últimamente ha surgido como por ejemplo el Cabildo gobernador (21). Las organizaciones surgen por la necesidad de los pueblos indígenas de ejercer interlocución con el estado o llámese sociedad occidental. En esta jerarquía de la autoridad los Mamos continúan teniendo gran influencia socio-política y religiosa, siendo ellos guardianes de la tradición (la cosmovisión expresada en mitos, rituales y uso del calendario).

El tipo de desarrollo visto en la comunidad Kankuamo es de tipo sostenible y sustentable, uniendo la conservación del medio ambiente a la convivencia productiva con la naturaleza, no en un esquema de consumo sino en una interrelación complementaria. Para lo cual los pagos y ofrendas a la madre tierra adquieren un significado importantísimo en el mantenimiento

de este equilibrio. La producción agrícola, la cacería y aprovechamiento de recursos del bosque y playas, son actividades para el autoabastecimiento de la comunidad. En ese sentido se destaca un complejo sistema de aprovechamiento vertical de los pisos ecológicos, logrando así tener diversidad de cultivos tanto en las zonas bajas, medias y altas del territorio. De abajo hacia arriba se encuentran cultivos como algodón, coca, cacao, yuca, plátano, fique, maíz, frijol, calabaza, frutales, amaranto y papa, principalmente.

La coca es una planta sagrada utilizada por los hombres de la comunidad para transitar por el conocimiento y llamar a la palabra. Al igual que el tejido, "mambear" (mascar coca) es recrear su historia y entrelazar el pensamiento con sus tradiciones. Las mochilas son otro elemento de autodeterminación Kankuamo, la belleza y lo complejo de su tejido, que representan lugares, animales y elementos de su vida cotidiana, cuentan su historia. Estas mochilas son elaboradas cuidadosamente principalmente por las mujeres de la comunidad en lana o fique y en los últimos tiempos se han convertido en fuente de dinero ya que son vendidas como artesanías de alto valor.

Los kankuamos han perdido gran parte de vestido y lengua propia, sin embargo su poder está en la fuerza de su pensamiento, en la añoranza de una sabiduría sin límites y en la confianza en una historia, una y otra vez reconstruida. Pensarse kankuamo en el presente está sobre todo, profundamente ligado con el pagamento. El pagamento se concibe como la ofrenda que en forma de piedras, cuentas de collares etc., envueltas en hojas de maíz representan alimento para sus ancestros. Cuando se pregunta por kankuamo, se responde con un sitio de pagamento, con un ingrediente para hacer el pagamento, con el sitio de pagamento de algún Mamo, con la forma como se hacía o para qué se hacía. Como portador de un sentido que va más allá de la acción puramente ritual, el pagamento continúa remitiendo a una forma de conocer y ordenar el mundo; funciona en la cultura como una forma de apropiar el territorio y habitar en él, como un dispositivo que pone en movimiento la memoria histórica y establece nexos con los antepasados (32).

Los Kankuamos de los diferentes pueblos o aldeas están unidos por lazos de parentesco. La gente establece los ancestros comunes en discusiones sobre la procedencia de una familia o de un apellido, desenmarañando sorprendentemente

los hilos de la memoria y midiendo los nexos que siguen uniendo generación tras generación a familias enteras. Así mismo, el compadrazgo como una forma de parentesco ficticio, reafirma los lazos de consanguinidad que se tienen con alguien, o crea uniones y alianzas cuando se carece de estos vínculos (32).

La persona encargada de afrontar los problemas de salud de la comunidad Kankaumo es el Mamo. Maneja, no sólo la salud física sino la armonía social y espiritual. Realiza ritos especiales que curan al enfermo de los “pecados” cometidos convertidos en enfermedad. Se podría pensar que los Mamos practican también una *medicina preventiva*, ya que orientan los hábitos alimenticios, los pagamentos, los momentos de vedas, de limpieza, de siembras, de celebración, de abstinencia.

Inga:

Al sur-occidente de Colombia y más exactamente en el valle del Sibundoy, departamento del Putumayo, está ubicado el pueblo de Manoy. La mayoría de sus habitantes son indígenas descendientes directos de los incas, se denominan los Ingas. Llegaron a estas tierras alrededor de siglo XV con la misión de establecer relaciones culturales con otros pueblos y en algunos casos en

avanzadas militares en el mismo siglo. Desde entonces su pensamiento y forma de vida han estado en este territorio (22).

El Valle del Sibundoy se encuentra ubicado en la región del alto Putumayo, en la cordillera de los andes a unos 2200 metros de altura. Buena parte de la población Inga vive en las 33 veredas circundantes al Municipio de Manoy- Santiago; estas aún conservan los nombres Quechuas que les asignaron sus ancestros. Anteriormente en esta zona vivían más de 10000 personas, en este momento se cree que hay alrededor de 4000. Las migraciones consecuencia de las expropiaciones de sus territorios y la explotación de mano de obra indígena son algunos factores. Aunque también es importante reconocer que históricamente, los ingas han sido viajeros, llevando consigo a otros pueblos su conocimiento y medicina.

Para los Ingas el mundo se entiende como un gran territorio, que se subdivide en una infinidad de lugares de vida y pensamiento, donde conviven los seres humanos, animales, vegetales, montañas, ríos y caminos. Este es una especie de tejido donde todos y cada uno cumple con una tarea, donde todos conforman el universo.

Entre estos lugares están el *Samai Suyu* o lugar espiritual, importante porque es allí donde se aprende la palabra y la historia. La *Chagra Suyukuna* o huerta, que son la base de la economía Inga; son espacios donde se percibe el verdadero valor de la naturaleza, son sembradas con maíz, frijol, arracacha, hortalizas, frutas, plantas medicinales como los chundures, los vinanes y los cuyangillos (22), que constituyen la base de la alimentación diaria y medicina para las enfermedades.

Los Ingas mantienen actividades comerciales con pueblos y ciudades cercanas, vendiendo cultivos como la papa y maíz, además la actividad ganadera y producción de leche. Dentro del pueblo Inga el "Yajesito" es considerado como el principio de todo, un espíritu creador que puede guiar por el camino del conocimiento, de los saberes y poderes de los ancestros y del lugar, territorio y universo en el cual se vive. La toma del Yajé es un ritual milenario. Por eso todos los ingas deben pasar por esa prueba.

Los Sinchis o Yachas, también conocidos como Taitas o médicos tradicionales, son los encargados de mantener el equilibrio natural entre los seres de un determinado lugar de vida. El aliento de su corazón o poder de la palabra y conocimiento, es el principio mediante el cual cumple su

papel de intermediario entre la sociedad y naturaleza. Para los rituales de sanación, los Taitas y generalmente acompañados por sus esposas, utilizan una gran variedad de plantas medicinales y de poder, lo que los hace reconocidos también por su conocimiento botánico.

La Minga es una forma de socialización solidaria donde las personas de la comunidad se encuentran para trabajar sin retribución económica. El trabajo comunitario implica la construcción de vías, puentes, brechas, casas, preparación de terrenos para la siembra, cosecha. La Minga esta siempre acompañada de chicha y comida para todos los participantes.

Los indígenas Inga se caracterizan por constituirse en familias numerosas, cuya autoridad principal recae en el padre y el abuelo como fuentes primeras del conocimiento y de la experiencia. La familia es la unidad de la sociedad y de la producción, la descendencia se traza patrilinealmente para los hombres y matrilinealmente para las mujeres (33).

Las casas de lo Ingas son de tipo campesino, rectangulares con tres o cuatro espacios claramente separados, de los cuales el fogón es el más importante además de la preparación de los alimentos por ser el sitio de

encuentro. Los materiales de construcción más utilizados son las maderas, barro y tapia. El cabildo es la organización socio política que rige al pueblo Inga, con un gobernador en calidad de jefe máximo. Actualmente hay un frente común conformado por tres cabildos: Manoy-Santiago, San Andrés y Colón, y el cabildo Kamsá de Sibundoy. Estas instituciones buscan encontrar soluciones al problema de tierras y definir posiciones conjuntas frente a organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, fortaleciendo la autoridad interna del grupo.

Zenú:

El pueblo indígena Zenú se encuentra ubicado principalmente en los resguardos de San Andrés de Sotavento en el departamento de Córdoba y El Volao en Urabá, aunque existen otros pequeños asentamientos en Sucre, Antioquia y Chocó. El territorio de los Zenúes está dividido en tres grandes provincias llamadas El Fincenú, el Pancenú y el Zenúfana (34). En el pueblo Zenú predomina el castellano. El legado ancestral se evidencia en el fuerte apego a su contexto territorial, especialmente los lugares sagrados y encantados, donde están sus muertos y viven los espíritus. Los asentamientos poseen en su mayoría, una plaza central alrededor de la cual se disponen las

viviendas, semejantes al tipo campesino de la región, construidas con caña y palma, rodeadas de un patio, la casa tradicional es concebida como un lugar que inspira libertad, cuenta con muchos espacios abiertos, para respirar bien, para que los animales puedan andar cómodamente. La casa entre más amplia es considerada más tradicional (35).

En términos de la salud, las enfermedades se tratan desde la visión médica tradicional. El conocimiento médico se obtiene de los abuelos y es transmitido de generación en generación. En este sentido, es usual tratar todo tipo de enfermedades como males, dolores y brujerías, a través del conocimiento amplio sobre el origen del malestar que aqueja a la persona. El pueblo Zenú considera médicos tradicionales a rezanderos, parteras, homeópatas, sobanderos, curiosos y otros que actúan como especialistas en cada quebranto. Los tratamientos generalmente se acompañan de agentes medicinales como plantas apropiadas, tomadas del medio natural.

Las actividades económicas principales consisten básicamente en la pesca y la caza, la agricultura y la elaboración de artesanías. La pesca y la caza se desarrollan de forma artesanal, utilizando ríos y bosques

cercanos dentro de su territorio. Los hombres en esta etnia se dedican al trabajo informal o jornaleo, principalmente en fincas de hacendados de las áreas cercanas a sus tierras tradicionales. Las artesanías Zenú constituyen un aspecto relevante dentro del sistema social interno, siendo uno de los símbolos de esta etnia, el sombrero vueltiao, los canastos y accesorios a base de bejucos, iraca, enea y junco. El Cabildo Mayor Zenú orienta de forma participativa, tradicional, política y económica sus recursos. Por último, esta organización es la encargada de relacionarse con el Estado.

Pastos:

La comunidad indígena de los Pastos ocupó y ocupa la franja transversal del sur de Colombia y el norte de Ecuador y tiene como centro el nudo de *Huaca* o de los Pastos. Este pueblo ha tenido gran influencia desde la colonia, lo cual ha hecho que hoy en día se reconozcan como un pueblo indígena-campesino.

De acuerdo con Mamián y Cols (36), desde tiempos remotos hasta la actualidad este pueblo ancestral de América ha estado conformado por diversas unidades autónomas que compartían un mismo territorio, cada una con particularidades desde las

cuales se construye lo universal. Por ejemplo, existe una diversidad de orígenes, unos se remiten a que su origen es de aquí mismo, otros dicen que llegaron, sin embargo, todos tienen en común la relación de su origen con los cerros y las lagunas como entidades tutelares, contenedoras y promotoras, dioses, de las cualidades o saberes esenciales para la existencia en su diversidad y totalidad.

Paradójicamente los Pastos, al igual que otros pueblos indígenas del sur de Colombia, a la vez que enfatizan el ser nacidos aquí mismo, no dudan en aceptar su llegada, "origen exterior". Entre los Pastos y demás pueblos del suroccidente colombiano es evidente la presencia de rasgos culturales de los andes centrales, especialmente de Incas y Aymará. Que pudieron llegar por el oriente amazónico, las selvas del pacífico por el occidente, o por los andes centrales (36).

Los Pastos son principalmente agricultores, que gracias a un complejo manejo de su territorio pueden tener gran variedad de cultivos y productos que por lo general son para el autoconsumo y el intercambio o venta en los mercados cercanos. Por ejemplo en los altos andes, donde el clima es "frío", pueden cultivar papa y oca, y productos manufacturados como canastos y prendas de lana; en las

parte bajas producen yuca, caña, calabazas y frutas, entre otros (36). Tradicionalmente las relaciones de intercambio entre los pueblos de las partes altas y bajas, ha sido una estrategia para el abastecimiento de las familias de los Pastos. La forma principal de acceso a estos recursos es el *cambeo*, que consiste en cambiar un producto de tierra fría por uno de caliente y viceversa. El dinero también suele utilizarse.

La familia es la unidad significativa al interior de las comunidades de los Pastos; los matrimonios son la base de la organización social. Así cada familia parental esta compuesta por núcleos familiares domésticos, que si bien todas tienen su autonomía cotidiana, están articulados a la estructura y a la historia del sistema parental mayor. Muy ligados a la estructura de la familia y el matrimonio están los compadrazgos, los hay de bautismo, confirmación y matrimonio (36). Las casas son rectangulares, construidas con materiales de barro, ladrillo o adobe de cemento, según el prestigio. Los techos son generalmente de teja.

La organización socio-política, consiste en entidades legítimas para las distintas comarcas conocidas como Cabildos o Principal. Estos están conformados por el Gobernador del Cabildo y los regidores. El Taita aunque es una entidad autónoma,

como figura de prestigio, liderazgo y conocimiento de la tradición, tiene una permanente participación en la asesoría y formación de los gobernantes. Los cabildos no son autónomos, ni tienen poder o autoridad por sí mismos, están sujetos a las decisiones comunitarias y a las fuerzas sagradas.

La población de los Pastos trata las enfermedades consideradas leves, mediante la intervención de curanderos y sobanderos que con el uso de plantas medicinales y medidas caseras preparan sus remedios. La medicina occidental tiene acogida en la comunidad y se busca en los centros de salud cercanos.

Quillacingas:

Ocupan la parte de la zona centro y nororiental de la Cordillera de los Andes en el Departamento de Nariño, en los actuales Municipios de Pasto, la Florida, Tangua y la Cruz. Probablemente Quillacinga, fue el apodo puesto por los Incas a la gente encontrada al norte del altiplano Ecuatoriano. El término está compuesto por las palabras Quechuas "Quilla" que traduce (luna) y "Cenca" (nariz).

La mayoría de pueblos descendientes de los Quillacingas viven en el Valle de Atrís, en las zonas urbano-rurales

alrededor de la ciudad de Pasto. Estos resguardos forman parte de la organización político-administrativa del Municipio. Sin embargo, hoy en día estos pueblos no se identifican con el etnónimo Quillacinga, el cual desapareció en la época en que el Ministerio de Economía Nacional en el Decreto-ley 1421 de 1940, declara la inexistencia de los resguardos indígenas. Posteriormente los años 1943 y 1958, tras la parcelación de su territorio fueron incluidos en los resguardos pertenecientes a la etnia de los Pastos. Al respecto, quizás el único enlace con el pasado Quillacinga sean los nombres de los pueblos que hoy ocupan y los apellidos que ellos llevan. (37)

Estos pueblos son considerados como población indígena-campesina, se dedican principalmente a la agricultura y artesanía, la tierra es fundamental en la construcción de su sentido de vida. En minifundios cultivan gran diversidad de cultivos que visto desde lejos forman un paisaje colorido comparado muchas veces con una colcha de retazos. Los cultivos principales son la papa, el trigo, la cebada, el maíz, la cebolla y hortalizas como repollo y zanahoria, en las partes más bajas es importante la producción de caña panelera. La producción artesanal de sombreros, canastos y otros elementos elaborados con fibra de iraca o fique, son otra actividad económica que se destaca en

la región(36). En estas labores productivas la mano de obra es familiar o comunitaria. Los productos se destinan para el hogar y para los mercados en los pueblos y ciudades cercanas. Productos como la papa y la panela son llevados al interior del país a ciudades como Medellín y Bogotá.

Las viviendas están en pequeños pueblos y zonas rurales del Valle Atrís, son construcciones antiguas hechas en tapia y madera (37). Aunque en la actualidad la mayor parte de las casa son construidas en adobe y las más modernas en ladrillo. La estructura consta de una sola planta, de forma rectangular, amplios corredores, sala para atender visitas, dormitorios y cocina, los techo son en teja, aunque anteriormente fueron de paja.

En ellas habitan generalmente una familia conformada por el padre, la madre y los hijos solteros. Algunas veces albergan una familia extensa, es decir cuando uno de los esposos queda viudo, generalmente con hijos, se queda a vivir en la casa paterna. Lo normal es que cada nuevo matrimonio construya su vivienda independiente en el lote de los padres del esposo o la esposa indistintamente. Los compadrazgos, como en la mayoría de pueblos indígenas y campesinos, tiene una importante función social, pues se afianzan relaciones solidarias que se

ven reflejadas en las labores cotidianas como la producción de la tierra y otras. También en las celebraciones y festividades.

En lo referente a la práctica de las medicinas tradicionales de las comunidades del Valle de Atrís, son ejercidas por personas a quienes se conoce como "yerbateros", "parteras" y "sobanderos", son hombres y mujeres que ponen sus saberes al servicio de quienes los necesiten. Este conocimiento se basa en concepción de un estado armónico y en equilibrio, presente en la naturaleza como resultado de elementos duales equilibrados. Se fundamenta en la relación dual frío-caliente, como sistema de clasificación. El desequilibrio en esta armonía produce la enfermedad, esto puede generarse por obra de los espíritus, por ejemplo los espíritus del aire o del arco iris pueden causar enfermedad (37).

Wayuú:

Los indígenas Wayuú habitan la península de la Guajira en el norte de Colombia en la frontera con Venezuela, en una llanura bastante uniforme, donde las alturas no sobrepasan los 900 metros sobre el nivel del mar. Es una zona árida, con pocos arroyos. Las lluvias son escasas, mientras las temperatura promedio es de 28 °C.

Su actividad económica principal es el pastoreo y los escasos cultivos en la temporada de lluvias. El comercio de productos en la frontera y las artesanías principalmente tejidos son otras actividades importantes. Los Wayuú viven en rancherías conformadas por familias de distintos, de uno mismo o varios clanes. Pese a que es una cultura un poco machista, el sistema de parentesco es de carácter matriarcal. Según Bermúdez (22), el modelo familiar se constituye principalmente por la madre, el padre y los hijos, donde los hermanos son los únicos parientes al tener la misma sangre (Ashá) y la misma carne (Eirruku). En esos términos se designa el vínculo genealógico, con su madre tiene un vínculo a través de la carne y con el padre a través de la sangre. Los apellidos o castas son transmitidos por matriliación, es decir por el vínculo de carne.

Se considera como natural y deseable que cada mujer y hombre se casen, colaboren económicamente, tengan hijos y formen junto con ellos y los demás individuos y familias del grupo, una nueva unidad familiar, con el objetivo de perpetuar su herencia social. El matrimonio representa un arreglo económico y político entre personas de castas distintas en el cual la familia del esposo da un pago en ganado, dinero e hilos, a los parientes de la esposa. Cada una de las uniones

que se conforman no tiene menos de seis hijos, siendo posible que el esposo tenga hasta cinco mujeres con la misma cantidad de hijos. En la sociedad Wayuú, los agentes formales de control social no existen, no hay nada parecido a los policías o a alguien que cumpla la función de juez y la dirección de los propios asuntos, por lo tanto es en gran medida una cuestión personal. Se espera que cada uno se sostenga por sus propios medios y cumpla con sus obligaciones.

En la medicina tradicional de los Wayuú, las "Piache" cumplen un papel primordial, son curanderas y chamanes, por lo cual son consideradas como símbolos de vida, dominio y sabiduría. A ellas se les delegó desde tiempos milenarios el poder de curar, el cual ha sido transmitido generación tras generación, de abuela a madre, de madre a hija. La mujer Piache posee un poder especial entre dos mundos (22), el de los vivos y el de los muertos. Esta doble posición depende de dos hechos importantes, primero por su condición de persona mortal como los demás Wayuú y segundo por la elección de los propios espíritus que hicieron de ella, una Piache. El desempeño de sus funciones como médica está determinado, por y para los espíritus aliados, ella se convierte en sólo una intermediadora entre ambos mundos.

Para los Wayuú, los sueños son sagrados y cruciales en sus vidas cotidianas. En ellos se fusionan lo real y lo fantástico, lo posible y lo imposible, pueden a través de estos comunicarse con el mundo de los muertos. Los wayuú tienen la capacidad de interpretarlos como anuncios relacionados con la enfermedad, la muerte, la suerte o el bienestar. Las Piaches tienen gran participación en estas interpretaciones. Otros cuidadores de la salud de esta comunidad, son los médicos guajiros y los vendedores de medicinas guajiras. Los Primeros utilizan plantas del lugar para hacer curaciones y además son encargados de ayudar a conseguir maridos entre lo pobladores. Los segundos recorren el extenso territorio guajiro vendiendo sus medicinas a las personas de bajo poder adquisitivo. (38)

Nasa- Paez:

Se encuentran ubicados en la vertiente oriental de la cordillera central, en el norte del Departamento del Cauca, en límites con Huila y Tolima. Exactamente en la región de Tierradentro. Habitan en pequeños ranchos aislados y dispersos por las laderas empinadas de la cordillera. La vivienda tradicional consta de una sola habitación de forma rectangular, las paredes son de caña entretejida,

piso de tierra pisada y cocina adentro. Además de este tipo también se encuentran viviendas que se asemejan a la vivienda media del colono (38).

Los Nasa son un pueblo básicamente agrícola, con una economía de autoconsumo caracterizada por la diversidad de cultivos en pequeña escala. El maíz es el eje principal de su economía agrícola, aunque también cultivan papa, ulluco, habas, frijoles, plátano, yuca, café, caña y fique. Algunas familias crían ovejas, cerdos y ganado vacuno. Frecuentemente se recurre a la minga o mano cambiada como una manera solidaria de facilitar el trabajo de preparación de terrenos y construcciones entre los habitantes de las comunidades (39).

La unidad básica social y económica es la familia compuesta por el padre, la madre y los hijos solteros que forman a su vez nuevos matrimonios de acuerdo a una libre elección de su pareja. De acuerdo con Ardón (40), la enfermedad en la cultura Nasa-Paez tiene un origen mágico, las causas son generadas por un duende o espíritu, que por la acción de un tercero que quiere causar mal, perturba el estado de bienestar del individuo. Del mismo modo se generan por la ruptura del equilibrio en relación con su entorno. La salud estaría dada por la protección que se tenga al duende y al cumplimiento de los principios de

comportamiento propios de su cosmovisión.

La institución política que rige el destino de cada uno de los resguardos es el Cabildo. Cuenta con una organización sociopolítica establecida a través de la figura de la autoridad tradicional, el gobernador indígena, quien es elegido por la máxima autoridad; la Asamblea de Comuneros Indígenas, que además elige el cuerpo del Cabildo Indígena. Su función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, usos y costumbres tradicionales.

Kurripaco:

Los indígenas de la etnia Kurripaco se dispersan a lo largo de la amazonia venezolana hasta llegar a los Departamentos de Vichada y Vaupés en Colombia. Su origen mítico se remite a la llegada de Dios a la tierra en el Macizo Guyanes, cada pisada de este, tiene su huella representada por piedras sagradas (38). Viven en caseríos, construidos alrededor de una plaza, estos cuentan con edificios comunales, para las asambleas comunitarias y para el culto religioso, ya que han tenido gran influencia evangélica desde sus primeros contactos con los jesuitas.

Actualmente están organizados en comunidades formadas por unidades familiares. Hermanos y primos con sus esposas e hijos, constituyen el núcleo económico de producción. Su patrón de filiación es patrilineal y exogámico. Se mantienen alianzas matrimoniales con los grupos kurripaco, puinave, kubeo y piapoco y también con los colonos de la región. Su actividad económica la basa en la agricultura, la caza y la pesca. El principal producto de su dieta es la yuca brava con la que preparan el casabe. También cultivan piña, plátano, ñame, ají, caña y chontaduro. Las artesanías es otro reglón importante en su economía, por lo general construyen canastos y cerámicas para la venta. La actividad extractiva de chicle, caucho y fibras aporta parte de sus ganancias en dinero.

El Chamán o medico tradicional, continúa representando el poder político y religioso. Los valores y principios culturales se encuentran normalizados en cualquier acción, siendo el Chaman el encargado de orientar desde su conocimiento ancestral a los demás miembros de la comunidad. La enfermedad al parecer para los Kurripacos es de origen mágico-social (38), es decir, por acción de un maleficio de un espíritu o por el incumplimiento de alguna de sus normas internas. En este caso el médico tradicional es el encargado de

la curación, para lo cual usa sus conocimientos de hierbas medicinales, preparación de bebidas y rituales. Sin embargo, la medicina occidental tiene aceptación en las comunidades Kurripaco.

1.3 ELEMENTOS DEL CONTEXTO JURÍDICO

Sin pretender una revisión exhaustiva del tema de la normatividad relacionada con las comunidades indígenas, asunto que excede los propósitos de este trabajo, a continuación se destacan algunos aspectos que pueden apoyar el análisis de la situación de atención en salud a los indígenas en la ciudad o servir de contexto en la reflexión sobre este como un asunto de derecho.

Se parte de los principios contenidos en la normas constitucionales e instrumentos de derechos internacional ratificados por Colombia, bajo el presupuesto de que éstas brindan criterios de interpretación y aplicación de: leyes, decretos, circulares u otra jurisprudencia relacionada con la atención en salud a los indígenas. Específicamente se hace referencia a las siguientes normas jurídicas: Ley 100 de 1993, decreto 2357 de 1995, decreto 1811 de 1990, Ley 549 de 1999, decreto 1152 de 1999, decreto

1804 de 1999, circular 114 de 2001, Ley 691 de 2001, decreto 330 de 2001, acuerdos 23 y 30 de 1996, 72 y 77 de 1997.

La Constitución Política de 1991 enmarca al Estado colombiano dentro de lo que conocemos como el Estado Constitucional y democrático de derecho, lo cual ha implicado adoptar máximos postulados como son el Estado Social de Derecho, democracia, derechos fundamentales y un sistema de valores y principios constitucionales, entre los cuales se encuentra el pluralismo “como nuevo marco regulador de las relaciones internas entre los grupos diferenciados” (41), de esta forma, se hace tránsito de un modelo de Estado homogenizador a uno que reconoce la heterogeneidad, pasando así del Estado-Nación a un Estado pluralista. Desde este ángulo, el principio de la diversidad étnica y cultural consagrado en el artículo 7 de la Constitución, está en relación directa, y es desarrollo a la vez, del pluralismo y la democracia, que como se dijo, son pilares del Estado Social de Derecho.

Esta concepción modifica la interpretación del principio de igualdad propio del Estado Liberal, por lo que el principio de igualdad en el Estado Social de Derecho conlleva la toma de acciones afirmativas que procuren la consecución de la igualdad material, y por tanto supone

ir más allá de la mera igualdad formal. Ello obliga a que el Estado trate de modo diferente a ciertos individuos o grupos poblacionales, con el objetivo de cerrar la brecha histórica que se ha instaurado con los grupos minoritarios, como los indígenas, entre otros.

De la afirmación de la diversidad étnica y cultural como principio constitucional, se deriva la obligación de acatarla en todas las normas del ordenamiento jurídico, pudiendo sólo limitarse en la medida en que entre en conflicto con principios y valores constitucionales de mayor rango. El derecho fundamental a la diversidad étnica y cultural, o derecho a la diferencia, implica la previsión de acciones constitucionales, específicamente la acción de tutela, como mecanismo de protección y garantía de los derechos fundamentales de los indígenas y sus comunidades como sujetos de derecho.

Alcanzar la igualdad de oportunidades y de trato para aquellos grupos en situación de desventaja, es un objetivo que persigue el Convenio 169 de la OIT (Convenio sobre pueblos indígenas y tribales de 1989- aprobado por Colombia mediante Ley 21 de 1991), y por eso establece garantías mínimas para sus derechos. Este instrumento tiene dos postulados básicos: “el respeto de las

culturas, formas de vida e instituciones tradicionales de los pueblos indígenas, y la consulta y participación efectiva de estos pueblos en las decisiones que les afectan”.

Hay que advertir que el Convenio mencionado pretende garantizar que los pueblos indígenas decidan sus propias prioridades y controlen su propio desarrollo económico, social y cultural, lo que jurisprudencialmente hará parte del principio de autonomía de las comunidades indígenas, esto hace que sea indispensable que existan los mecanismos de participación apropiados para que dichos grupos participen en la formulación, diseño, ejecución y evaluación de las decisiones y políticas públicas que los involucren, y por ello, para este estudio es necesaria la comprensión de las percepciones de los indígenas respecto al modelo de atención en salud.

Las normas del convenio enunciado, tienen especial impacto jurídico, toda vez que cuando un Estado miembro ratifica un convenio se compromete en términos del Derecho Internacional Público a “adecuar la legislación nacional y a desarrollar las acciones pertinentes de acuerdo a las disposiciones contenidas en el Convenio” y porque estas adquieren la misma fuerza vinculante de las normas constitucionales.

El respeto a la integridad de los pueblos implica que les sean asegurados en igualdad los mismos derechos y oportunidades que le son garantizados por las normas nacionales a los demás miembros de la población, que se respete su identidad social y cultural, sus costumbres, tradiciones e instituciones. Así, Blanco-Blanco (41) afirma que el reconocimiento a la heterogeneidad acompañado de “derechos especiales” al lado de los fundamentales, pretende establecer principios de “diferenciación positiva” tendientes a favorecer a estos grupos en razón de su riqueza cultural por su vulnerabilidad.

1.3.1 Principio de autonomía.

A raíz del Convenio 169 de la OIT, las comunidades indígenas adquieren el derecho a decidir sus prioridades, y en la medida en que decisiones legislativas o administrativas puedan afectar sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o usan, podrán intervenir y tomar sus propias decisiones, para controlar, en lo posible su propio desarrollo.

El principio de autonomía no es absoluto, pues el derecho que tienen los indígenas a conservar sus

costumbres e instituciones propias, encuentra límite en los derechos fundamentales reconocidos en el sistema jurídico nacional y en los tratados internacionales sobre derechos humanos, según el Convenio 169 de la OIT.

Es un deber del Estado, a la luz de este Convenio, respetar la integridad de los valores, prácticas e instituciones de los sujetos objeto de protección del Convenio, de manera que los Estados deben consultar las medidas legislativas o administrativas que los puedan afectar.

El principio de autonomía de las comunidades indígenas implica que a los grupos se les respete la capacidad de darse y gestionar sus propias instituciones y formas de organización, en los aspectos sociales, económicos, políticos, religiosos y culturales. Sin embargo no puede tratarse de una libertad en sentido negativo, pues tratándose de grupos de especial protección, el Estado debe realizar acciones que afirmen y permitan la materialización del derecho. Es en este sentido que la Corte Constitucional ha declarado que la materialización de este principio implica adoptar acciones afirmativas a favor de las comunidades indígenas, pero al mismo tiempo el Estado tiene el deber de abstenerse de interferir de cualquier manera en la toma de decisiones que por su naturaleza

competen a las comunidades mismas (42).

El principio de autonomía y autogobierno de las comunidades indígenas ha sido reconocido por la Corte Constitucional a través de reiterada jurisprudencia, al analizar el impacto que el mencionado convenio tiene en el ordenamiento jurídico luego de reconocerse que este hace parte del bloque de constitucionalidad, y por tal motivo, a través de varias sentencias constitucionales se ha llenado de contenido dicho principio, y ha estipulado que el derecho a la autonomía de los pueblos y comunidades indígenas, no es un mero interés particular, sino intereses generales derivados del artículo 7 de la Constitución Nacional.

En sentencia T-703 de 2008 (MP Dr. Manuel José Cepeda Espinosa) se exponen de manera concreta las manifestaciones más importantes del principio de autonomía de las comunidades indígenas:

“i) el ejercicio de facultades normativas y jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de acuerdo con sus valores culturales propios y su cosmovisión (C.P., artículo 246); ii) el derecho de gobernarse por autoridades propias según sus usos y costumbres (C.P., artículo 330); iii) una circunscripción electoral especial para la elección de senadores y

representantes (C.P., artículos 171 y 176) y; iv) el pleno ejercicio del derecho de propiedad colectiva en sus resguardos y territorios (C.P., artículos 63 y 329).” (43)

En materia de salud, por ejemplo, el Convenio 169 de la OIT (44) aborda específicamente la materia y es reiterativo al afirmar el principio de autonomía: en su artículo 25 ordena que los servicios de salud deberán planearse y administrarse en cooperación con ellos y teniendo siempre en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales de estos y sus prácticas de salud en materia de prevención, curación y medicamentos tradicionales.

Una consecuencia jurídica de esto es que la Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, tenga como objeto “proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas” (45). Y en su catálogo de principios establece que el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus

especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas.

Igualmente, la Ley 1438 de 2011(46), establece como principio rector y como elemento del sistema de Atención Primaria en Salud, la interculturalidad, la cual incluye, entre otros, los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud. Pese a esto, aunque se contempla el principio de la interculturalidad, dicha ley no consagra mecanismos específicos conducentes a hacer de este principio una realidad más allá de una mera declaración de buenas intenciones, ya que no aborda en concreto el tema de los grupos minoritarios y cómo darles garantías de igualdad material en cuanto al acceso a los servicios de salud.

1.3.2 La condición de indígena.

Surge también la pregunta por quiénes son los sujetos sobre los cuáles recaen las normas que dan un trato especial a las poblaciones indígenas, y por ende quiénes ostentan la condición de indígenas.

En este discurrir, resulta útil referirse al ámbito de validez de tales normas, así, el Convenio 169 al considerar a quienes se les aplica dicho instrumento de derecho internacional, en su artículo 1 expresa: “[...], b) a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.” (44)

Con base en esta norma es posible establecer un criterio objetivo en razón de la descendencia de una población que existiera al momento de la conquista o colonización de dicho territorio y que conserve, aunque sea parcialmente, sus instituciones.

Pero al mismo tiempo, el convenio señala un criterio subjetivo para determinar la condición de sujeto indígena, al determinar en su artículo 1 numeral 2 que “La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del

presente Convenio". Situación ésta que hace referencia a la conciencia de ser indígena, al reconocimiento y preservación de su identidad y en esa medida a la solidaridad y cohesión de grupo que permite no sólo mantenerse sino convivir con otros, que en al igual que el habitante citadino, reivindica su identidad.

Como se anunció, el Estado constitucional, social y democrático de Derecho afecta contundentemente el modo de interpretar y aplicar las normas jurídicas. Así, la legitimidad del proceso ya no estará determinada por el sólo cumplimiento de las formalidades establecidas en la ley, como sucedía en el Estado de Derecho, en el cual la legalidad es un principio fundante. La nueva visión implica que además de las formalidades, será trascendental el respeto y la realización de valores, principios, derechos y deberes constitucionales, con miras a la realización del hombre en un marco democrático pluralista, por lo cual la legitimidad de todo proceso estará determinada por el cumplimiento de los fines, fines que en todo caso deberán ser expresión de la Constitución.

Como materialización de este postulado, en sentencia T-703 de 2008, la Corte Constitucional ha reconocido que una de las manifestaciones del principio de

autonomía de las comunidades indígenas y del derecho de autogobierno, así como de la obligación correlativa de los Estados de abstenerse de intervenir en el ámbito propio de sus asuntos, es el derecho para las comunidades indígenas de autoidentificarse e identificar a sus semejantes como parte de su comunidad (43).

Siendo coherente con el anterior enunciado y complementando con el criterio subjetivo que establece el convenio 169 de la OIT, concluye la Corte Constitucional que "la demostración de la condición indígena debe darse a partir de la *identidad cultural real del sujeto*, que pregona su pertenencia a una determinada comunidad, y de la aceptación por parte de la comunidad de tal pertenencia e identidad". Y ordena que en todo caso los mecanismos que la comunidad, en ejercicio de su autonomía, establezca para acreditar la condición de indígena de sus miembros debe prevalecer sobre cualquier mecanismo formal, como lo son las certificaciones de la máxima autoridad de cada comunidad o resguardo; las certificaciones del censo interno que, de acuerdo con la Ley 691 de 2001(45), debe llevar cada comunidad; estudios sociológicos y antropológicos atinentes a la identidad cultural de la comunidad y del sujeto, el censo de la Dirección de

Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia, dado que un registro que puede ser susceptible de estar desactualizado o de tener errores no puede prevalecer sobre la verdad material en perjuicio de afectar derechos fundamentales y constitucionales del indígena.

No quiere decir que estos registros no sean mecanismos válidos para verificar la condición de indígena, sino que no pueden convertirse en instrumentos para constituir tal condición y en consecuencia toda norma tendiente a establecer como requisito que la condición de indígena se acredite exclusivamente a través de alguno de estos mecanismos formales va en detrimento de los derechos de las comunidades indígenas y desconoce así mismo su principio de autonomía, el cual entraña en sí, como hemos expuesto, el derecho de la comunidad a auto-identificarse.

Por ejemplo, no puede establecerse como requisito para acceder a los servicios de salud la presentación de un documento específico, ya que cada comunidad en particular puede establecer sus propios criterios y mecanismos para acreditar la calidad de sus miembros, y porque hacerlo sería contrario a los postulados del Estado Social de Derecho, ya que sería una manifestación de hacer prevalecer las formalidades sobre la realidad.

1.3.3 Derecho fundamental a la salud.

El derecho a la salud es un derecho fundamental, autónomo y justiciable, reconocido jurisprudencialmente, ya que guarda una estrecha e inescindible relación con la dignidad humana, la cual, como elemento fundante del Estado Social de Derecho, es el eje orientador de los derechos fundamentales. Así, en la Sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional resume las vías por las cuales ha sido protegido el derecho a la salud, de la siguiente manera: “La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y su susceptibilidad de protegerse por vía de acción de tutela; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde quien reclama es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la

Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna" (47).

Tratándose de los miembros de las comunidades indígenas, como grupo vulnerable, tanto por sus condiciones socioeconómicas como por la sistemática violación de derechos fundamentales a las que se ven sometidos como víctimas del conflicto armado y del desplazamiento forzado, el derecho a la salud alcanza otras dimensiones pues implica reconocer la fundamentalidad del derecho como derecho autónomo, pero también requiere que se reconozca la diversidad étnica y cultural, que, como ya se ha señalado, es un derecho constitucional, de manera que estos se armonicen para garantizar el máximo desarrollo posible reconociendo un trato digno para los sujetos pertenecientes a las comunidades indígenas.

Las interrelaciones que se dan en este escenario tienen múltiples vías, como se ejemplifica en el auto 004 de 2009 de la Corte Constitucional, en el que se reconoce la grave situación de las comunidades indígenas como víctimas del desplazamiento forzado dentro de lo que se ha denominado como estado de cosas inconstitucional, refiriéndose a la

situación de la población en estado de desplazamiento:

"La situación de los individuos, familias y comunidades indígenas desplazados forzosamente es grave por una multiplicidad de factores distintos. Por ejemplo, existe un problema de alimentación: la ruptura de las pautas culturales, y la falta de acceso a los alimentos que tradicionalmente consumen, genera el rechazo -tanto cultural como en ocasiones físico- de los pocos alimentos a los que tienen acceso, y por consiguiente desemboca en situaciones de hambre. La ayuda humanitaria de emergencia usualmente es inadecuada y no responde a las especificidades culturales de los pueblos desplazados. Por otra parte, existe un problema de salud, ya que se bloquea el acceso a las formas tradicionales de medicina. Los individuos y comunidades indígenas en situación de desplazamiento tienen, por su falta de capacidades y competencias culturales para afrontar la vida urbana en condiciones extremas de miseria y desprotección, una mayor exposición a riesgos de todo tipo, que incluyen los peligros de ser víctimas de violencia sexual, de caer en redes de comercios ilícitos, de verse obligados a la mendicidad, de explotación, y especialmente de discriminación (por intolerancia, racismo e ignorancia en los lugares de recepción). Además el conflicto armado está presente en los lugares de llegada, o los persigue hasta allí, generando nuevos riesgos para su

integridad individual y colectiva. La inseguridad en los lugares de recepción a su vez fuerza a retornos involuntarios y sin seguridad, o a redespazamientos". (48)

Por tanto, son diversos los matices que puede adquirir el derecho a la salud abordado desde la perspectiva de los miembros de la comunidades indígenas, pues integra no sólo el aspecto físico, sino también el mental, espiritual y cultural, que necesariamente tendrán que interpretarse desde la cosmovisión, tradiciones, costumbres, prácticas y relación con la naturaleza y el territorio.

La Ley 21 de 1991(49) aprueba el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989, con las consecuencias jurídicas propias de una norma que hace parte del bloque de constitucionalidad, como anteriormente se ha expuesto.

La Ley 691 de 2001(45) reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia y toma como principios, además de los consagrados en la Constitución Política y la Ley 100 de 1993, el de la diversidad étnica y cultural, a partir del cual ordena al sistema, en su artículo 3, practicar "la observancia y el respeto a su estilo de

vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas" (50).

En esta norma, entre otras, se contempla que los miembros de las comunidades estarán afiliados al régimen subsidiado, excepto en los casos que estén vinculados mediante contrato de trabajo, sean servidores públicos o gocen de pensión de jubilación, eventos en los cuales deberán estar afiliados al régimen contributivo. Igualmente se dan directrices respecto al régimen de beneficios, los cuales, en todo caso deberán estar adecuados a las particularidades socioculturales y geográficas de las comunidades indígenas. Así, por ejemplo las acciones del Plan de Atención Básica, tanto en su formulación como en su implementación, se deberán ajustar a los preceptos, cosmovisión y valores tradicionales de las comunidades, de manera que la aplicación de los recursos garantice su permanencia cultural y su asimilación comunitaria (artículo 10). También contempla esta ley que "El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá fijar el valor de la UPC para los Pueblos Indígenas hasta en un cincuenta por ciento (50%), por encima del valor de la UPC normal, atendiendo criterios de dispersión geográfica, densidad poblacional, dificultad de acceso,

perfiles epidemiológicos, traslados de personal y adecuación sociocultural de los servicios de salud” (parágrafo 2 artículo 12), lo que pone de presente que el legislador reconoce las particularidades y el alto grado de vulnerabilidad en que se encuentran los miembros de las comunidades indígenas, de modo que justifica aumentar la capitación para dar respuesta a las condiciones de desventaja en que se encuentran.

En la misma Ley 691 de 2001(45), también se encuentra desarrollo del principio de autonomía de las comunidades indígenas, en el sentido de que será cada comunidad, quien utilizando el mecanismo que ella misma determine, la que seleccione la institución administradora de los recursos del sistema subsidiado, para afiliar o trasladar a la totalidad de los miembros de su comunidad, so pena de ser inválido todo contrato que no cumpla con ello (Artículo 17), e incluso se prevé que las autoridades de las comunidades pueden limitar la promoción de servicios o el mercadeo de las EPS dentro de sus territorios si consideran que atentan contra su integridad e identidad sociocultural (Art 18).

La situación de movilidad de los miembros indígenas a lo largo del territorio, bien sea por condiciones de interés particular u originadas por el conflicto armado y el desplazamiento

forzado, genera interés en que se aplique la previsión contenida en los artículos 16 y 19 de la Ley 691 de 2001, ya que según ésta es obligación de las entidades territoriales y del Fondo de Solidaridad y Garantías, garantizar la continuidad de la afiliación al régimen subsidiado de todos los miembros de los Pueblos Indígenas, con prevalencia de los niños; y así mismo, las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado tienen el deber de garantizar la continuidad del subsidio y de la atención en salud a los miembros que se desplacen de un lugar a otro del territorio nacional cuando así lo certifique la autoridad tradicional. De otro lado, el artículo 29 de dicha ley, contempla que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia debe permitir la remisión y atención pronta y oportuna de los Indígenas que lo requieran, y ordena que en las ciudades con hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica se deben organizar casas de paso, para hospedar a los acompañantes e intérpretes de los remitidos.

2. DECISIONES METODOLÓGICAS



Fuente: Las fotos e ilustraciones fueron tomadas de
[Htps://www.google.com/imghp?hl=es&tab=wi](https://www.google.com/imghp?hl=es&tab=wi)

2.1 ACERCA DE LA ESTRATEGIA Y EL DISEÑO

Mediante el uso de herramientas de la investigación cualitativa se buscó comprensión de la situación, tomando en cuenta que la metodología cualitativa permite un acercamiento a la realidad, desde el reconocimiento de la subjetividad de los actores comprometidos en el proceso, en este caso, la salud, la enfermedad y la atención; lo cual, se exterioriza a partir del lenguaje, como canal fundamental de tipificaciones, que permiten a los pobladores indígenas residentes en Medellín, compartir sus experiencias en la atención en salud.

Se acepta que la realidad social se construye en el diario vivir y se transmite, fundamentalmente a través del lenguaje, a las generaciones en el proceso de socialización, tanto en la primera infancia, como en las diferentes instituciones o instancias en las cuales se participa. En este sentido, el enfoque interaccionista simbólico, atribuye importancia primordial a los significados sociales que las personas asignan al mundo que les rodea, a partir de tres

premisas fundamentales: en primer lugar, que las personas actúan respecto a las cosas o a otras personas sobre la base de los significados que estas contienen para ellas, siendo dicho significado el que determina la acción. En segundo lugar, los significados son productos sociales que surgen durante la interacción entre las personas. Y finalmente, que, los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través del proceso de interpretación que actúa como intermediario entre los significados a predisposiciones o a actuar de cierto modo y a la acción misma. Las personas están constantemente interpretando y definiendo a medida que pasan por situaciones diferentes (51).

Se adoptó la modalidad etnográfica, teniendo en cuenta que este tipo de investigación se articula en torno a "la descripción de las dimensiones culturales presentes en aquella cultura o realidad social particular que se somete al análisis. Tiende a desarrollar conceptos y a comprender las acciones humanas desde el punto de vista interno; lo cual, supone la inmersión directa del investigador en la realidad objeto de estudio"(52). En este caso se trata de una etnografía focalizada (51), ya que no se trata de una descripción completa de la cultura de los grupos de estudio, sino que se centra en un aspecto de dicha

cultura, el proceso de salud-enfermedad-atención.

Consideraciones éticas: Siguiendo los lineamientos de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (53) esta investigación estuvo orientada por el respeto a la dignidad humana, la protección de los derechos y el bienestar de los participantes. Se considera que es una investigación **sin riesgo** puesto que se recurrió a técnicas en las cuales se indagaron aspectos generales relacionados con la percepción acerca de la atención en salud recibida en la ciudad, no se requirió la identificación del participante y en el procesamiento se utilizaron códigos para garantizar la privacidad. Se tuvieron en cuenta consideraciones éticas indicadas para la investigación social (54) tales como: El **principio de la autonomía**, según lo cual los participantes decidieron libremente brindar la información para lo cual, los investigadores ofrecieron explicaciones de manera suficiente acerca de los objetivos y alcances del estudio.

El consentimiento informado (ver anexo 3) fue leído a los participantes con el fin de suministrar la información pertinente al proyecto, teniendo en cuenta el compromiso voluntario y consciente de los participantes, así como la posibilidad

de su retiro del proyecto en el momento en que este lo considerara pertinente sin que ello significara cualquier tipo de consecuencias. El **principio de beneficencia no maleficencia**, por el cual se busca que el diseño del proyecto fuera el apropiado, que los investigadores fueran idóneos y buscar el bien para los participantes de la investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos. Fue responsabilidad de los investigadores vigilar en todo momento que no se causara daño o incomodidad a las personas. Así mismo, el manejo confidencial de la información y utilización de la misma para los fines exclusivos del proyecto, además de ponerla a disposición de las entidades o personas que coordinan acciones en pro de la salud de las comunidades indígenas en la ciudad. El **principio de Justicia**, por el cual se busca que los resultados del proyecto generen un conocimiento que beneficie a la población indígena. La selección de los participantes fue independiente de su etnia, sexo, credo religioso y orientación política.

Se busca hacer transferencia de conocimientos de la Universidad a la sociedad, para la interpretación de las condiciones de atención a la salud de los indígenas en la ciudad. Así mismo, se procuró mantener respeto por las fuentes y derechos de autor. Y se realizará devolución de los resultados

a los participantes y beneficiarios del estudio. De acuerdo con orientaciones de la Secretaría de Salud Municipal, se entregaron resultados parciales cada cuatro meses como estrategia de seguimiento y de verificación del cumplimiento de compromisos y de las normas éticas que lo orientan.

2.2 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

2.2.1 Observación en instituciones de salud

Se realizaron observaciones en las Unidades intermedia Metrosalud de Buenos Aires, San Javier y Belén. Se elaboraron 16 diarios de campo, en los cuales se da cuenta del proceso de observación que tuvo como centro, la relación dialógica tanto con gestores de proyectos como con indígenas participantes en el estudio, además de incluir la observación en los espacios en los cuales se llevó a cabo la entrevista.

En las Instituciones de salud, la observación se centró en el espacio y las posibilidades de acceso geográfico, la organización del espacio de atención, información disponible en los mismos, así como las relaciones con el personal desde los porteros, recepción, los trámites, además de la diferenciación entre espacios de

consulta externa y urgencias. La observación en las instituciones de salud tuvo un promedio de duración de tres horas y media por institución. Aunque en el momento de esta actividad no se encontraron usuarios indígenas, su procesamiento, sistematización y análisis brinda criterios fundamentales para la comprensión de los discursos que emergen en la relación dialógica que se establece entre investigadores y participantes, en las entrevistas individuales.

Los diarios de campo como estrategia de recolección de información, permitieron registrar observaciones realizadas durante todo encuentro de trabajo de campo, dicha estrategia ha tenido un promedio de tres horas de duración, aparte del tiempo de espera para concretar la actividad. El objetivo fundamental de esta actividad fue la contextualización no sólo de la percepción acerca del proceso de atención, sino también de las actividades que realizan gestores y comunidad indígena participante con respecto al proceso de atención y a los cambios que implica la vida en la ciudad, como consecuencia de los desplazamientos desde sus lugares de origen y el tiempo de permanencia en Medellín.

2.2.2 Entrevistas a funcionarios (gestores de programas y proyectos) de organizaciones indígenas.

Se realizaron seis entrevistas individuales a gestores de organizaciones indígenas de las existentes en la ciudad, cuyo radio de acción es el Departamento de Antioquia (Gerencia Indígena del Departamento de Antioquia, OIA, Cabildo Quillacingas-Pasto Congregación Madre Laura).

Vale la pena aclarar que si bien el proyecto había previsto que esta actividad se hiciera mediante "Entrevistas grupales", el equipo investigador decidió realizar estas entrevistas en forma individual a partir de considerar la disposición de tiempo de los entrevistados, su aceptación a concedernos la entrevista en fechas acorde a sus posibilidades y por las demandas del trabajo investigativo. Aparte de la disponibilidad de los gestores, para participar y el tiempo por ellos establecido, uno de los principales criterios que orientó la decisión tiene relación con la pertinencia de aglutinar a este tipo de actores, por el riesgo de generar confusión de los propósitos del estudio con las actividades proselitistas que el momento implica, circunstancia que se evidenció con alguna claridad en algunos de los intentos de concertación de entrevistas. El equipo

considera que este cambio en el tipo de entrevista, no afecta los objetivos de la recolección y la entrevista grupal sigue siendo una estrategia considerada para ser realizada en la etapa de devolución y validación de resultados de la investigación. Esta aclaración fue debidamente informada, en su momento a la entidad contratante del proyecto.

Cada una de las entrevistas a los gestores tuvo una duración promedio de 1 hora y media, se realizó en las instituciones para las cuales laboran o dinamizan procesos de apoyo a otras organizaciones, o de solución de conflictos originados en la relación de los usuarios con las instituciones de salud.

De la sistematización, procesamiento y análisis de la información recolectada mediante las entrevistas, observaciones y diarios de campo realizadas en las organizaciones y en los encuentros con los gestores, emergieron aspectos fundamentales para la comprensión de la percepción, acerca de la atención en salud que tienen los indígenas en la ciudad.

El diseño de instrumentos de recolección y el proceso y análisis de la misma, permitió la emergencia de categorías relacionadas con el contexto de la etnia a cual pertenecen los informantes, con los cambios que a partir de la vida en Medellín,

evidencian en sus aspectos culturales, fundamentalmente su cercanía y dependencia con la tierra y la naturaleza, a la incidencia de la vida urbana, a la representación de la salud y la enfermedad y a las prácticas relacionadas con la conservación o recuperación de la salud. Estas categorías permitieron la comprensión de la percepción que los participantes tienen acerca del servicio de salud que reciben en Medellín y las añoranzas por las pérdidas con respecto a su medicina ancestral y a la necesidad de recuperar algunas prácticas tradicionales.

2.2.3 Entrevistas individuales a indígenas

Mediante la consideración como porteros, principalmente, a los gestores consultados en el estudio, se realizaron 12 entrevistas individuales algunas de las cuales se obtuvieron mediante la técnica de bola de nieve, o sea que el participante al cual fuimos remitidos por el gestor, orienta hacia otro de sus hermanos indígenas con experiencia en atención en salud.

Estas entrevistas dan cuenta de diferentes etnias residentes en la ciudad o con experiencia en la búsqueda de atención en salud en Medellín. Contamos con la participación de hombres y mujeres de distintas comunidades, algunos

con poca experiencia de vida en la ciudad y otros con trayectorias que llegan hasta los 28 años de residencia, algunos con experiencia directa de búsqueda de atención en salud y otros, como acompañantes de miembros de su comunidad. Esta diversidad de participantes, permite una aproximación a la exigencia metodológica de la saturación como requisito de los métodos cualitativos. Las entrevistas tuvieron un promedio de duración entre una hora y hora y 30 minutos. En todos los casos se permitió la grabación, aunque no faltó el reparo de uno de los participantes por el temor al registro fílmico, situación acerca de la cual han sido prevenidos por su utilización con fines de pornografía. En este caso, luego de informar el sentido de la grabación exclusivamente en audio hubo aceptación. El consentimiento informado, fue refrendado en algunos casos mediante la huella digital cuando el participante no sabe escribir.

Sin pretender ser exhaustivos, en la recuperación de las categorías a partir de la sistematización, se encontraron categorías básicas para contextualizar el estudio en función de la etnia de los participantes, la concepción dominante acerca de la salud y la enfermedad, así como las prácticas a las que recurren, tanto desde la medicina occidental como tradicional y algunos aspectos relacionados con la

calidad de la atención a los indígenas en la ciudad y el acceso.

2.2.4 Entrevista grupal a indígenas estudiantes de la ciudad con experiencia en la búsqueda directa de atención para la salud, o para alguno de sus hermanos indígenas.

Se realizaron cuatro entrevistas grupales en espacios de la Universidad de Antioquia, previa concertación, cuidando la comodidad de los participantes y la privacidad. Ello se hizo mediante la estrategia de talleres grupales en el que participaron indígenas estudiantes, como manera de validación parcial y generación de consensos y complementación por grupo indígena e interétnicos.

Para estas entrevistas acudimos a una estrategia de taller que combinó:

- Validación intraétnica con integrantes de cada grupo étnico generando un consenso y complementación, además, aplicación de la técnica de entrevista grupal dinamizada por los investigadores en cada uno de los grupos.
- Finalmente sesión de validación y complementación interétnica en plenaria; momento en el cual se recurre a entrevista grupal que

complemente los hallazgos parciales de las etapas anteriores.

Se contó con un guía de entrevista grupal con la cual se dinamizara el taller. Para ello se realizó un estudio exploratorio que permitió hacer los ajustes que se consideraron necesarios, para la recolección definitiva de la información en grupo.

El procesamiento y análisis de la información se realizó de manera gradual en todo el trabajo, además para mantener la capacidad reflexiva y no incurrir en errores por ligereza en la comprensión y análisis se adoptó una estrategia de procesamiento manual de la información. Se transcribieron las entrevistas, identificadas mediante códigos, para guardar la confidencialidad, se categorizaron todas las entrevistas, los diarios de campo y los reportes de observación específica por instituciones prestadoras de servicios de salud. Se hicieron memos analíticos por categoría como manera de avanzar hacia el análisis y estos mismos orientaron la búsqueda de información secundaria para complementación y contrastación con los resultados parciales obtenidos. Durante el proceso hubo reuniones semanales con todo el equipo de investigación, tratando de generar masa crítica y discusiones que orientaran a consensos y validación parcial de los resultados.

3. RESULTADOS



Fuente: Las fotos e ilustraciones fueron tomadas de
<https://www.google.com/imghp?hl=es&tab=wi>

Las percepciones, en este caso acerca de la atención en salud que reciben los indígenas en la ciudad de Medellín, se construyen a partir de la subjetividad, entendida como el proceso en el cual, los indígenas participantes en el estudio, los indígenas gestores y los gestores occidentales, interiorizan normas y valores que el entorno social reconoce como orientadores de su acción; esto se da desde los procesos de socialización y orienta la acción de los sujetos, sea porque siguen los derroteros guía, o porque contrariándolos, siguen otros patrones no siempre coincidentes (55). Se trata de contrastar lo dicho por los participantes en el estudio, con su comprensión desde sus discursos, entendiendo que la percepción supone un sujeto que es actuante, en la medida en que modifica y es modificado por el mundo en el cual se desempeña y acerca del cual reflexiona, lo que implica que “existe tanto mundo como subjetividad en el medio original de la percepción humana; [y] a partir del relato se recrea la vida, se comunica la imaginación, la cual actúa internamente en esa posibilidad”(56)

Para lograr una comprensión de la percepción que tienen los indígenas sobre la atención en salud que allí reciben, así como también de las estrategias de salud con que cuentan;

es necesario a partir de sus voces, identificar algunas características sociales que según los participantes en este estudio inciden, marcan no sólo la atención, las expectativas acerca de la misma y el sentido que para ellos tienen las prácticas que para la conservación o recuperación de la salud, se ejecutan desde las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En el sentido anotado, el presente estudio ha tratado de recuperar algunos aspectos que evidencian características relacionadas con su origen étnico, procedencia, tiempo de vivir en la ciudad, características socioeconómicas, motivos de traslado y añoranzas como parte del contexto que según ellos incide en la percepción que tienen acerca de la atención a la salud.

Reconocer cuales son las representaciones acerca de la salud/enfermedad/atención como proceso y consecuente con ello, las representaciones acerca de la salud y la enfermedad tanto desde la visión tradicional como la occidental, así como las prácticas en salud, sean de una u otra concepción o la posibilidad de que la atención se vea como espacio de relaciones que pueda centrarse en una de ellas o su complementación. Se entiende a partir de Menéndez (57) que una descripción o interpretación del

proceso salud/enfermedad/atención, debe considerarse como un sistema de transacciones entre las partes. Lo tradicional no debe ser analizado “en sí” sino en el contexto cultural de los indígenas, el cual se basa en un espectro de representaciones y prácticas ligadas no sólo a dicha “medicina” sino a los saberes que continuamente redefinen el sentido, el significado y el uso de lo tradicional. En definitiva es un sistema relacional que impide ver lo ancestral o lo occidental como realidades aisladas o incontaminadas.

Se considera que conociendo estos aspectos –contexto, representaciones y prácticas- es posible comprender a partir de las voces de los participantes la interpretación que hacen acerca de la atención en salud que reciben en la ciudad de Medellín, las barreras que limitan el acceso a dicho servicio, las perspectivas acerca de la atención, la apreciación que tienen acerca de los actores del servicio y consecuente con lo anterior, el reclamo acerca del derecho a la salud, al margen de la significancia numérica de los indígenas en este contexto.

3.1. ELEMENTOS DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL RELACIONADO CON LA ATENCIÓN EN SALUD RECONOCIDO POR LOS PARTICIPANTES

La comprensión del contexto, será posible en la medida en que se reconozca la manera como los indígenas en Medellín recurren a las diversas racionalidades en salud, tanto desde lo tradicional como desde lo occidental más aun cuando los motivos de traslado o estancia en la ciudad son diversos. La vida en esta localidad de manera temporal o en el mediano o largo plazo, representa para ellos cambios, en relación a las condiciones de su lugar de origen. Se trata entonces de evidenciar, desde los discursos de indígenas y gestores participantes en el estudio, las condiciones sociales en sus diferentes referentes como parte de las condiciones de vida –condiciones económicas, algunas expresiones culturales ligadas a la identidad, significado de la vida en Medellín y expectativas en las relaciones intra e interétnicas-.

3.1.1 Origen étnico y tiempo de vivir en Medellín

Los participantes del estudio se auto-reconocen como integrantes de etnias específicas tanto procedentes del

interior del Departamento de Antioquia como de otras regiones del país. Esto marca diferentes distancias y conexiones con la red de comunicaciones hacia Medellín como capital del departamento, en la cual establecen relaciones y transacciones de distinto orden, por el conocimiento diferencial de este contexto y diversas estrategias para enfrentar la vida allí.

El tiempo de vida en Medellín orienta las estrategias o posibilidades de encontrar allí, atención a la salud. Es así como quienes vienen específicamente remitidos desde sus lugares de origen o voluntariamente sólo por un problema de salud, llegan carentes de redes para la interacción social teniendo que afrontar situaciones más adversas acorde con sus características económicas. Al respecto una participante que llega buscando continuar un tratamiento médico dice:

“uno no tiene pasajes, [y que se los den] es muy duro [que le den] dinero eso es más duro. Mira yo me atrasé [según el médico debía] venir dentro de cuatro meses y yo no podía venir como yo estoy sola y yo estoy bregando con ese niño también me atrase [...]dos años y todavía estoy luchando con el [dinero], me conseguí un poquito estoy buscando...” E18EM⁶

⁶ A partir de esta evidencia, los testimonios están identificados con códigos que permiten mantener la confidencialidad de la información recogida. Deben leerse así: E: entrevista, I: individual, G:

Quienes llevan tiempo de estar en la ciudad o la han frecuentado por distintos motivos, tienen un mayor dominio sobre el espacio urbano y pueden tener redes de relaciones y un reconocimiento de su infraestructura y servicios que les permite no sólo buscar solución a sus problemas de salud con más agilidad sino para todo tipo de problemas cotidianos y al mismo tiempo constituirse en apoyo para los hermanos indígenas que lo requieran. Situación esta que, para quienes recién llegan a la ciudad se complica, por carecer del conocimiento adecuado para las actividades laborales que se realizan en la ciudad, caso de la industria, el comercio y servicios diversos.

Se cuenta con más participación de usuarios o residentes en Medellín procedentes de zonas más cercanas. Según la región de origen y la distancia con respecto a la conexión entre la red vial nacional y la ciudad han tenido mayor o menor contacto con la cultura paisa, es así como los Emberá oriundos de diferentes subregiones del departamento de Antioquia y Chocó, y los Tule, aunque

grupal y su número, E: letra inicial de la etnia a la cual se refiere, M: mujer, H: hombre. En el caso de los gestores o los indígenas gestores, el código es: E: entrevista y su número, G: gestor, Or: organización, M: mujer y H: Hombre. Los indígenas gestores aparte de la técnica, contienen la sigla IG: indígena gestor.

muchos de los primeros mantienen su lengua originaria, están más relacionados con la capital del departamento porque con ella han tenido transacciones de diferente orden, producto de lo cual algunos de ellos con hasta más de 40 años, lo que ha permitido, como se señaló, moverse en el espacio urbano y en la cultura con relativa facilidad.

Existe otro grupos de participantes cuyas etnias que están más marcadas por la cultura Caribe y en esa medida sus experiencias son diferentes y hacen que su red de relaciones en la ciudad, no sea igual que para los que han llegado o pertenecen a la cultura antioqueña. Entre este grupo encontramos integrantes de las etnias Zenú, Kankuamo y Wayuú, estos últimos también influenciados por la pertenencia o cercanía con Venezuela.

Así mismo, se encuentra un grupo de participantes procedentes de lugares más alejados de Medellín tanto en lo geográfico como en lo cultural puesto que han tenido más contactos, tradicionalmente con capitales cercanas a sus lugares de origen y ciudades limitantes con el sur del país, lo que los distancia de la cultura antioqueña y puede incidir en la apropiación del espacio en Medellín. Hacen parte de este grupo, participantes de etnias Quillacingas, Pastos, Inga, Nasa, Paez.

La complementación de voces y de evidencias se logra también porque en el grupo de indígenas y gestores convocado a partir de los diferentes porteros, se diversifica con la participación de un indígena de la etnia Curripaco, de la zona del Amazonas, que con el propósito de estudio, comparte su experiencia como indígena y como usuario de los servicios de salud en Medellín. Respecto a la distancia entre las comunidades, las localidades y la red vial que les permite vincularse a la ciudad, se evidencia un testimonio como el siguiente:

“...porque no es lo mismo venir del campo a la ciudad así de una, y más Nariño que siempre ha sido un pueblo, [...] muy atrasado, o sea, no, completamente diferente, entonces siempre si fue duro, pero lo fuimos superando, y pues, ya ésta la considero mi tierra, más mi tierra que la de donde yo vengo” EI10QPM.

“Ya estamos adaptados a los municipios, [...] entonces más que todo nosotros bajamos al pueblo a Jardín a hacer compras, entonces ya uno adapta, porque si nosotros viviéramos más allá en el monte, a 3 o 4 horas, porque hay unos indígenas que viven a 5 días de camino para venir para el pueblo” EI9EM.

Los participantes expresan razones diversas para su traslado. De ello se destaca en los residentes la búsqueda

de oportunidades en función de las posibilidades de estudio, de trabajo, de seguridad y búsqueda de “metas y nuevos horizontes”. Otros con estadía ocasional en Medellín, en búsqueda de atención en salud o para continuar tratamientos médicos y en menor medida aquellos que residen allí, para acompañar a un familiar que se desplaza por motivos de trabajo.

En el caso de los indígenas gestores, su permanencia obedece a razones laborales y de compromiso con integrantes de comunidades indígenas que residen en la ciudad. Finalmente, entre los motivos de traslado a Medellín, algunos participantes destacan una problemática que se viene agudizando en años recientes por la presencia de indígenas que llegan buscando alternativa a sus necesidades económicas, la ciudad los absorbe y en ocasiones encuentran un medio de subsistencia “fácil” por aceptar la explotación con desarrollo de prácticas ajenas a su cultura como la prostitución y mendicidad. Es así como uno de los gestores señala:

“El asunto de los indígenas, desafortunadamente los que andan por aquí en la calle es un asunto de explotación, ya eso está comprobado, ya se ha hecho las pruebas, todo eso, ya hace falta, [...] organizar esa situación tan horrible, usted sabe que están [con la búsqueda de limosna] comercializando pues con los niños”
E3GOrH.

Un indígena gestor lo analiza así:

*“...los desplazados por la violencia, por el conflicto armado interno, muchas veces estas mujeres, estos compañeros, inclusive, hasta la misma no indígena los utiliza, como para que trabaje, para que pida, [...] “Que bueno, si yo en el día recogí 100 mil pesitos, hombre, eso es un negocio” ya no quiere regresar y eso es como un medio de sustento [...], eso es como un trabajo, 100 mil pesos diarios, entonces a usted le dan 20 mil pesos, pero el resto, lo coge la persona que lo está explotand”*E4IGOrH.

En el mismo sentido un participante indígena busca consenso en una de las entrevistas grupales cuando señala:

“... a mi no me gusta y no le puede gustar a ninguno de ustedes, cuando veo esos indígenas que se ponen en la calle a pedir, entonces voy al Poblado los veo, voy al centro los veo, voy a Envigado los veo, voy a Itagüí los veo. Por Dios, [...] ¿no hay un organismo que diga los vamos a recoger, los vamos a reubicar, le vamos a dar en que trabajen?, [...]. Ellos tejen, ellos trabajan con chaquira, le vamos a poner esto, nada, ó sea, no veo en la ciudad un organismo [como] defensoría del pueblo que se yo...”
EG1.

Son diversas las razones por las cuales se llega a Medellín y la permanencia está marcada por la reminiscencias acerca de la vida que llevaron en sus

lugares de origen, lo cual incide en las estrategias de sobrevivencia en la ciudad y en la descalificación de algunas que según ellos mismos reconocen, menguan su concepto de dignidad no sólo desde lo personal, sino desde la posible estigmatización de personas para quienes la solución de sus necesidades tradicionalmente ha tenido como eje fundamental el trabajo en actividades relacionadas con la explotación y conservación del territorio, la actividad artesanal y la comercialización de algunos productos.

3.1.2 Condiciones socio-culturales

Las manifestaciones culturales reconocidas fundamentalmente por los indígenas participantes se relacionan con la vida diaria, realizadas en el entorno propio y en los cambios a los cuales se ven enfrentados por las estrategias ideadas para su vida en Medellín. Es así como para evidenciar cambios en su vida en la ciudad, destacan aspectos propios de su cultura como son las normas de comportamiento en su comunidad de origen, la organización familiar, la solidaridad como estrategia de cohesión, sus fiestas y la representación del territorio.

3.1.2.1 Percepción de comunidad de origen:

Las referencias a la comunidad propia remiten a la valoración del sentido de pertenencia a un territorio y una comunidad, al valor de la solidaridad características que están inscritas en los códigos normativos que orientan el comportamiento social y las relaciones que mediante él establecen; en cambio la ciudad, para algunos participantes constituye un espacio donde predomina el individualismo y la diversidad de normas, con las consecuentes limitaciones para la adscripción a nuevos grupos de referencia, al barrio, al vecindario y en general a la vida urbana.

“...porque la cultura indígena realmente tiene un arraigo no sólo al tema de territorio, no sólo a la tierra, sino también a poder, en esos territorios, convivir como comunidad; entonces ahí hay una realidad que muchos indígenas o muchos estudiosos desconocen o consideran que es posible que la cultura indígena pueda seguir reproduciéndose en el ámbito urbano”
E2GH.

El territorio supera la delimitación geográfica integrando las instituciones y relaciones tanto formales como informales que con el espacio y en el mismo se establecen. La familia y la comunidad son tanto instituciones como referentes de su

condición como indígenas, dan sentido de pertenencia y son clave en su reconocimiento. No tener cerca la familia cuando se vive distante de ella es motivo de tristeza por la falta de apoyo y por dinamizar prácticas y valores, más aun para quienes viven lejos y no han constituido familia en la ciudad. Es por ello que en ocasiones conformar una familia allí, es motivo de tranquilidad y un reto para lograr metas como el estudio de los hijos y la consecución de un trabajo, entre otras. Lo anterior implica una adaptación a la vida en la ciudad que les permita mantener los símbolos identitarios para reconocerse como diversos sin perder la posibilidad del reconocimiento de los habitantes y distintos grupos que conforman la ciudad.

Ligado a lo anterior, se encuentra que la adaptación a la ciudad esta marcada por las reminiscencias con respecto a lo que fue la vida en sus territorios y a los motivos de desplazamiento, situaciones que remiten a contextos de violencias tanto desde la decisión de salir hasta la adaptación a la ciudad. Es así como se encuentra quienes afirman:

“Según cuentan mi papá y mi mamá, que se vinieron por aquí porque en ese tiempo como que había mucha violencia por allá, se vinieron a probar suerte por acá en la ciudad [...] porque no teníamos como buenas oportunidades” EI5QPH.

“Está el otro fenómeno del desplazamiento que no lo mencioné ahora y por el cual hay indígenas también más indígenas que han estado llegando a la ciudad y primero pues porque están en situación de indefensión en este caso, no tienen quien les ampare” EI1GM.

Llegar a la ciudad por voluntad propia o en condición de desplazamiento forzado supone un cambio de residencia a la ciudad que no siempre es directo. Es factible que ante la presencia de redes de relaciones en localidades próximas a su lugar de origen, este sea una escala obligada en búsqueda de mejores condiciones o que cambie el motivo que forzó el desplazamiento (condición para el retorno). De este lugar cercano puede presentarse el traslado a la ciudad de Medellín y en esta pueden generarse nuevos desplazamientos internos en búsqueda de un asentamiento “definitivo” (se genera un ruta interna de desplazamiento o de movilidad en la ciudad: albergue de paso, espacio arrendado, casas de familiares, en general redes de apoyo, lo cual incluye cambios de barrio o de comuna) hasta lograr una “estabilización” (como una expectativa). Otra posibilidad es pasar del lugar de origen a otro municipio y de allí a la ciudad de Medellín generándose aquí estrategias similares al caso anterior hasta la “estabilización”. En ambos procesos siempre estará presente el deseo de

retorno o la amenaza de re-desplazamientos forzados (58).

3.1.2.2 Festividades

Las fiestas citadinas son consideradas por algunos participantes no sólo como una estrategia de reminiscencia o nostalgia por lo dejado, sino también como la posibilidad de asumir los cambios que implica la vida en ciudad, sin el dolor por la pérdida de códigos propios y la adaptación a los nuevos que organizan la vida en el lugar que los recibe.

“... el 15 de septiembre, porque ahí nos unimos toda la comunidad, en Castilla y ya [...], hacemos la procesión, estamos ahí, nos reencontramos todos, todos los de Pasto eso muy bonito...” EI10QPM.

Según algunos, las manifestaciones culturales que orientan las fiestas en Medellín pierden el sentido que tuvieron por cuanto están fuera del contexto, acá no se encuentra el territorio como espacio de relaciones y costumbres propias, (los atuendos, la música, la bebida, los rituales, en concreción las manifestaciones folclóricas). En el caso de los cabildos indígenas en Medellín, aunque se recreen expresiones culturales originarias, estas constituyen una

organización carente del territorio que implica el resguardo.

“Bueno no sé si usted ha escuchado acerca de los carnavales que se hacen, pues aquí es como muy complejo, pues igual aquí en el [cabildo] lo hacen pero no es nada comparado como lo de allá, tratan como de acoplarlo pero siempre es muy diferente, [...] el carnaval para nosotros es más significativo que eso, es como empezar una nueva vida, es como que todo lo que paso del año, ya como perdonarse, [...] es una pauta para decir, bueno, lo que paso, ya se pasó, [...] espiritualmente uno ya como que se despoja de eso, y uno empieza como que nuevo” EI2IM.

Las fiestas tradicionales para los participantes constituyen un referente clave de su cultura y por tanto uno de los principales motivos de añoranza especialmente para quienes no pueden recurrir a ellas, por razones económicas y de distancia entre Medellín y sus comunidades.

3.1.3 Condiciones socioeconómicas

Si bien lo socio económico no constituye una esfera independiente de lo cultural y esto es más evidente en los indígenas cuando indican como la alimentación, el trabajo y en general la búsqueda de subsistencia,

están ancladas en actividades que apoyan su manera de ser indígena.

3.1.3.1 Alimentación

Todos los participantes con diferencias según la etnia, reconocen que el espacio en el cual se desenvuelven antes de llegar a la ciudad, determina la manera como se obtienen los elementos para la subsistencia fundamentalmente la alimentación por las estrategias propias de cultivar, recolectar y procesar de manera natural, lo que incide en la calidad de vida y específicamente en la salud, en su conservación y su recuperación. En las localidades cercanas al resguardo y en el espacio urbano, la carencia del territorio en su sentido amplio implica recurrir a bienes para la subsistencia que han tenido otro tipo de procesamiento y de insumos, muchos de ellos de carácter artificial lo que tiene consecuencias adversas para el bienestar. Esta apreciación se soporta en afirmaciones como las siguientes:

“...lo que pasa es que acá la comida es muy básica, acá es sancocho, frijoles, sudado y pastas en mi tierra no [...] en mi tierra la comida es muy variada porque allá hay muchas verduras que por acá no se consumen ni las conocen entonces yo extraño mucho las verduras de mi tierra

demasiado eso es lo más básico”
E110QPM.

“...los problemas de orden público que limitan el trabajo en el campo, en sus fincas [exigen] ligar más a sus usos y costumbres alimenticios, enlatados y otros productos que no eran de su dieta alimenticia y por lo tanto que genera esa inconsistencia, al principio, a nivel del organismo, ante lo que usualmente se consumía y los elementos nuevos que empiezan a ingerir han derivado más como esas nuevas problemáticas [de salud]...”
E1GM.

En sentido similar algunas investigadoras (59) para el caso específico de los Emberá (etnia predominante entre los residentes en Medellín) reconocen que actualmente combinan en su dieta productos del entorno selvático y otros adquiridos en el mercado y de igual manera conflictos representados en el desplazamiento forzado que inciden negativamente en la seguridad alimentaria.

Los cambios originados en la ciudad con respecto a la dieta original, llevan a los participantes de las diferentes etnias a la reminiscencia y con ello a la nostalgia con respecto a su alimentación tradicional y a la recolección y consumo en comunidad y asignarle a la actual, la causa de algunos cambios. Es así como se encuentra quien señala:

"...pues ya como la alimentación, ya no es igual, aquí es arroz frito lo que uno tenga posibilidad, o unas papas fritas, un huevo, y un arroz es muy diferente, porque allá si usted siembra papa, el otro siembra tomate, y el otro siembra col, entonces, bueno, entonces venga usted a ayudarme, entonces ya le regalan y hasta le pueden pagar también" EI2IM.

La falta de dinero y el hecho de vivir en un espacio social en el cual tiene valor fundamental el mercadeo y la ganancia, representa para los participantes una ruptura no sólo en sus finanzas, sino también en su concepción respecto a la alimentación. Es así como una participante señala:

"...porque a uno en el campo le sobra revuelto, le sobra aliños, [...] uno como campesina, tiene sus animales, sus gallinitas que le dan huevos, y el día cuando uno quiere comer una gallina se mató y se comió. Pero aquí uno donde va a mantener, a sembrar una mata de cebolla, donde va a tener siquiera un pollo de engorde para comer, aquí es uno como vivir en un edificio" EI1EM.

Además, lo simbólico contenido en la alimentación se expresa en sus características como producto de su entorno, el cambio de una alimentación "sana" anclada en la relación con la tierra, con la caza y con la pesca, a una que le ofrece el

contacto con una sociedad extraña para ellos, no siempre es analizado por actores del sistema de salud occidental. Al respecto un participante gestor de procesos de apoyo a los indígenas aclara:

"...un indígena no se le toma un jugo de remolacha, o no se le toma un vaso de leche. Por ejemplo aquí tuvimos una indígena que no comía ningún tipo de carne, y pedía carne de monte y tratamos hasta de engañarla dándole un pedazo de res y ella dijo que no, que eso era carne de vaca ¿cierto? Entonces mira que son una cantidad de cosas, que uno dice ¿pero cómo?, esto si existe o no existe? ..."
E3GOrH.

En una sociedad que privilegia los bienes en su sentido de mercancías y en ese sentido objetos de comercio y ganancia antes que la importancia de su uso (en este caso el consumo), la realidad de los indígenas en Medellín es la de un extraño, no sólo para sí mismo sino para una sociedad que desconoce sus características culturales y en este caso hábitos alimentarios, lo cual lleva a una segregación que ni al mercado con su preocupación por la ganancia, le interesa dado que siempre allí, será un grupo minoritario con escasa capacidad de compra. Esta circunstancia no es ajena a un sistema que los mismos participantes reconocen que, ha hecho de la salud un bien intercambiable en el mercado.

3.1.3.2 Vivienda

Partiendo de reconocer que las viviendas de los indígenas en sus comunidades tienen distintas formas de construcción, de acuerdo con las condiciones climáticas, geográficas y de cosmovisión; es importante tener en cuenta que ellas representan el espacio para la vida familiar y el lugar de descanso. En ellas son fundamentales la amplitud, la aireación y los espacios adyacentes, son imprescindibles los sembrados y los animales domésticos para la subsistencia. Con espacios para prácticas culturales de producción comunitaria. Es por ello que los participantes expresan nostalgia al compararla con el lugar de residencia en Medellín. Aquí cuentan, en el mejor de los casos con casas pequeñas en las que es imposible tener sus cultivos y animales. En ocasiones tienen que compartir con extraños o personas de distintas culturas. Su vida se restringe también en el espacio físico y en las relaciones de vecindad. Es así como existen participantes que señalan:

“...porque aquí somos una ciudad desconfiada es decir aquí en nuestras casas pasan cerradas en cambio pues por lo menos en mi pueblo uno puede salir afuera sentarse hasta las 10 p.m. y relativamente no pasa nada y entonces es extrañar eso ir donde el

vecino a conversar y como a tomar ahí afuera en la casa con su musiquita y no poderlo hacer acá es a veces, como que da melancolía” EG1.

La selección de la vivienda en muchas ocasiones mediante una modalidad no acostumbrada como el arriendo, privilegia la cercanía al lugar de trabajo, o estudio por motivos económicos. Es así como entre los participantes se narra un amplio recorrido por distintos barrios de Medellín, procurando ubicarse en un sitio de fácil acceso y bajo precio. Algunos llegan a hoteles de paso en el centro de la ciudad, hasta que se les agotan sus recursos o encuentran otras alternativas. Así hay quienes señalan:

“Viví en Campo Valdés donde una compañera [implicaba llegar tarde] como a las siete de la noche [...] me daba mucho miedo, no me quedé [donde vivo ahora] porque por acá es más caro, entonces yo decía, no, más caro no puede ser, entonces ya busqué más hacia allá, hacia Moravia, y gracias a Dios las piezas son más económicas a las de acá” EI2IM.

“Cuando llegue aquí a Medellín, los primeros días me ubiqué en el centro [en un hotel], ya después fui buscando en los barrios, hasta que llegué por allá dónde estoy” E4IQPH.

“...tomando la decisión de venirme, dejando la niña, dejando la familia sin saber a dónde iba llegar. Yo llegué

a pagar un cuarto por acá cerca de la universidad, [...] viví tres meses y después ya me pasé a vivir [a] una pensión también, he vivido casi todo el tiempo con el arriendo. [En comunidad] la plata le rinde, acá la plata no rinde para nada, entonces por ahorrar como el pasaje, decidí buscar más cerca [...], de la universidad...." EG3.

La búsqueda de vivienda en Medellín, significa para muchos indígenas residentes, cambios fuertes con respecto a la residencia originaria y además estrategias diversas para su adaptación y seguridad acorde con las posibilidades económicas, al margen de los cambios respecto a vivienda propia de sus comunidades.

De acuerdo con los participantes si bien, la vivienda indígena en sus lugares de origen tiene el sentido de la pequeña unidad de residencia y producción autosuficiente en cuanto propicia no sólo espacios para la socialización, sino bienes tanto vegetales como animales requeridos para la alimentación y supervivencia en general, esta se convierte en la ciudad en motivo de ensoñación y nostalgia por cuanto la configuración actual de la ciudad y de los sitios de recepción, implican pérdida de lo que se tenía. Incluso de la dignidad cuando se tiene que recurrir a medidas extremas, en algunos casos como la mendicidad, o estrategias a las cuales no estuvo acostumbrado,

para resolver los problemas cotidianos para la sobrevivencia.

El sitio de residencia y las posibilidades de acceso de acuerdo con la red vial municipal y las posibilidades de transporte, también afectan la búsqueda atención en salud por cuanto no sólo definen la estratificación socioeconómica, sino también las distancias con respecto a las instituciones prestadoras de servicios.

3.1.4 Experiencia de la vida en la ciudad:

La adaptación a este contexto urbano implica no sólo el desprendimiento de los códigos propios, sino la capacidad de negociar con criterios diferentes aceptados por los actores ciudadanos, aunque no homogéneos a todos los otros existentes. Esta toma de partido puede implicar una situación de confrontación, con grupos que comparten otras normas o estrategias de negociación en búsqueda de "apoyos" para relacionarse y mantenerse en el espacio social. Es así como se encuentra quien dice:

"Al principio fue muy difícil, porque como uno llega a una parte donde no conoce a nadie, y en ese tiempo que yo llegué también había una guerra aquí, cuando yo llegue por allá me toco entrar con cuadril, me tocó

hablar con el jefe de ese sector, y ya me dijeron si” E14QPH.

La relación con la ciudad se entiende desigual en lo cultural, ello se traduce en pérdida de aspectos de identificación de las culturas y representación simbólica. Según se evidencia en algunos testimonios de indígenas, la vida en Medellín es una manera de renacer, es empezar de nuevo y cuando esto se analiza desde lo económico, implica un cambio de lógica. En los lugares propios, el dinero es necesario en la medida que se requiera para obtener un bien que satisfaga una necesidad específica y que sólo mediante este recurso se pueda acceder a él.

La relación de los contextos y la salud se configura desde la respuesta social organizada - opciones que se brindan desde el Sistema- frente al proceso salud enfermedad atención y como respuesta psicosocial en los individuos y los colectivos. Lo económico está marcando todas las actividades en las cuales no se es autosuficiente. Todo lo que se necesita se obtiene con dinero, de esta manera, en Medellín los indígenas reconocen la necesidad de recursos económicos de los cuales carecen y su acumulación como prenda que permita acceder a otros bienes. Desde su lógica los indígenas, en sus comunidades encuentran los medios para satisfacer sus necesidades sin

recurrir a la acumulación, la recolección de algo que se cultiva y consume en común, sólo tiene sentido para un período limitado, mientras el bien no se deteriore, o mantenga sus características. Luego de esto se recurre de nuevo a la recolección. Es así como se encuentra quienes expresan:

“... a nosotros desde pequeños nos han enseñado que la visión nuestra no va a ser de comercializar, o montar una empresa, por eso el recurso o el ingreso es a baja escala, entonces si [...] no somos administradores o constructores de una empresa, lo que tenemos alrededor de nuestra casa es lo básico, es para cumplir lo que no producimos en la comunidad, [...] no estoy haciendo referencia de llegada, si no antes de salir [de la comunidad]” E5IGOrH.

Además otros siguen el proceso necesario para adscribirse a uno de los Cabildos y aunque con limitaciones pasan allí algún tiempo y en el caso de los estudiantes universitarios recurren a fondos destinados para apoyarlos económicamente.

“...la gran mayoría de nosotros dependemos de esos fondos, porque la mayoría de nuestras familias son pobres, no tienen trabajo allá en el lugar de origen para enviarnos recursos, [...] en mi caso, en la Universidad Nacional hay un fondo programa PAES para mayores

bachilleres e indígenas, hay otro fondo que se llama Álvaro Ulcué, y aquí en la ciudad de Medellín hay uno original de aquí que se llama el EPM, pues esos conozco yo" EGA.

Algunos participantes han tenido experiencia laborando en el servicio doméstico en algunas casas de familia. La mayoría obtienen algunos recursos con la venta de artesanías fabricadas por ellos mismos o por otros integrantes de las comunidades. En este sentido, en la ciudad han pasado de una tradición agrícola en sus lugares de origen a incursionar en la ciudad, en la producción y venta en pequeña escala; circunstancia que los ha llevado a aprender técnicas y adquirir experticia en actividades no propias de su cultura, con las dificultades que esto implica, en un comienzo para tener un trabajo.

"La solvencia; nos ha tocado guerrearla así para las ventas porque primero era que uno no tenía un sitio de trabajo y ahora es más suave porque ya tengo un sitio de trabajo" EI6QPH.

Para algunos participantes Medellín es agradable aunque encuentran que sus pobladores son cerrados ante el recién llegado. Su infraestructura física especialmente los parques y el paisaje les agrada pero el desconocimiento de la ciudad y razones de orden económico y social

limitan la movilidad y los procesos de adaptación. Es así como señala:

"Medellín me parece muy espectacular todo, conocí siempre lugares, estuve por todas partes aquí y me ha parecido bien [...] los paisajes, los sitios, los parques, todo" EI7ZM.

Vivir en este ambiente ciudadano supone, en general, para todos los participantes hacer aprendizajes, asumir obligaciones que antes no tenía y como alguno de ellos lo expresa madurar en un contexto en el que no se comparten algunos valores. Esto significa para los indígenas enfrentar dificultades de diverso orden ligado a la falta de recursos económicos para alimentación, alojamiento y trabajo especialmente.

Una de las dificultades más identificadas tiene relación con el ritmo de la ciudad, el ruido, la congestión y la contaminación ambiental, son factores que molestan pues es totalmente diferente en sus comunidades. Los carros, las medidas de tránsito y la congestión de un entorno con tanta diversidad de personas y objetos, son condiciones que saturan y coartan la libertad de la que disfrutaban en sus comunidades.

"...que uno cuando llega aquí a Medellín, [...], uno ve la ciudad tan grande, uno la ve diferente, tantos colores, tantos olores a los que uno no

está acostumbrado, porque uno viene es de un pueblo, y es muy diferente, y para mí lo más traumático es como la cantidad de gente [...] tan acelerada, como corriendo tan rápido, en cambio las cosas de uno allá son muy naturales, ¿verdad?” EG3.

“...uno tiene que correrle al carro [...] es el desorden, uno tiene que correrle a los ladrones, uno ve los habitantes de la calle pidiendo limosna, enfermos, mal vestidos, mientras que uno en la comunidad [...] si uno se fue donde las vecinas o si uno está haciendo reuniones uno se ve la misma cara, [...] en otros lugares uno se ve personas desconocidas, el mal o el bien, [...] a quien le va a tener confianza, [...] tiene que estar mirando bien, [...] también en las comidas porque uno en la casa uno sabe que comida come...” EI9EM.

Esta evidente referencia a la seguridad, al orden y a la confianza, como valores que orientan la vida de algunos de los indígenas en la ciudad, no es extraña en sus concepciones, representaciones y prácticas en salud, es así como en algunas evidencias, que se integran en otro acápite de este texto, se refieren a la confianza como eje central para aceptar o no las prácticas occidentales y tradicionales, y como exigencia en la relación con los actores que las realizan.

Para quienes llegan por motivo de estudio, los idiomas y el uso de la tecnología han sido uno de los

mayores desafíos, que no tiene el mismo impacto en sus comunidades puesto que allí, no se requiere en igual medida. Los participantes reconocen que pese a sus dificultades la familiarización con estos retos les brinda satisfacción y obligaciones con sus lugares como un compromiso social con los integrantes de su comunidad. Es así como se señala:

“...entonces una de las cosas es enriquecer su conocimiento, conocer, también terminar su carrera y poder ir a su comunidad de origen, poder ayudarles a ellos, impulsar a muchas personas más para que ellos vengan también a conocer, a estudiar, a que ellos se superen, porque es que la comunidad indígena es muy vulnerable y hoy por hoy pues a los indígenas casi nunca nos aseguran una educación de calidad” EG2.

Entre las alternativas a que se recurre para resolver parcialmente las limitaciones económicas y buscar solución a problemas relacionados con el sostenimiento en Medellín y los requerimientos para sus programas académicos, recurren a los fondos municipales o institucionales creados para la financiación de proyectos educativos. El sueño de una educación de nivel superior a la que obtendrían en sus comunidades, implica un compromiso para contribuir con mejorar sus condiciones de vida, compromiso que se aplaza gradualmente en búsqueda de

mayores niveles o ante la sensación de no haber cumplido totalmente la meta. El siguiente testimonio ilustra la situación así:

“...la idea no es sólo quedarnos en el pregrado porque por ejemplo a mi me gustaría hacer una maestría y de pronto un doctorado porque o sea esas son posibilidades que por lo menos a uno lo enriquecen mucho más y [...] aprender más [...] además es algo necesario [...] pues allá en el departamento, la mayoría siempre estudian para ser profesores y siempre se quedan en el pregrado, entonces tiene que como capacitarse más y estar mejor preparado para ir allá y ofrecer sus conocimientos a los que están allá” EG2.

Aun en la búsqueda de las metas por las cuales algunos indígenas estudiantes se trasladan a Medellín como se anotó, obtención de títulos universitarios, dominio de idiomas diferentes al propio y familiarización con la tecnología; aunque con distintos matices siguen anclados en sus reminiscencias acerca de las costumbres de sus comunidades de origen y de sus ancestros y reivindican el derecho a una salud de calidad que sin discriminaciones integre características de sus propios sistemas de atención en salud.

Estos indígenas estudiantes al igual que los indígenas gestores, encuentran muchos motivos para

quedarse y reconocen servicios y atractivos que Medellín les ofrece y el derecho a disfrutar en ella de su condición de ciudadanos. Es así como se encuentra quien manifiesta:

“...yo creo que aquel indígena, que quiera desplazarse para la ciudad por estudiar, por experimentar... lo debe de hacer, porque es su derecho, pero no puede experimentar la cruda realidad de las ciudades desde la mendicidad, o la mendicidad siendo una excusa de seguir viviendo [aquí]” E5IGOrH.

El sentido que se encuentra desde las voces de los participantes orienta a reconocer a Medellín como un contexto complejo y dinámico, al que llegan los indígenas con sueños de realización y necesidades de diverso orden que algunas veces logran satisfacer y otras muchas representan una suerte de frustraciones y desafíos. El valor que los participantes asignan a lo sicosocial y a lo espiritual en relación a la salud, así como la importancia de tener relaciones interétnicas basadas en la aceptación de la diferencia y la confianza, constituyen puntos clave de la interpretación de la realidad de atención en salud a los indígenas en Medellín.

De la percepción de los participantes acerca de la ciudad se destaca en primer lugar, la posibilidad como centro administrativo y de servicios sociales que ofrece oportunidades en

campos como la salud, la educación, el trabajo, opciones de las cuales se carece, en cantidad y calidad en sus lugares de origen o en la ciudad se ofrece con características diferentes a la propias las cuales añoran. En segundo lugar, buscar un entorno en el que se supone la existencia de oportunidades personales y/o familiares. La búsqueda de atención en salud o la remisión desde sus comunidades, para dolencias o enfermedades que requieren respuesta desde la medicina occidental o modelo hegemónico, es un motivo clave de llegada pues se carece en sus localidades u otras ciudades cercanas, de dichos recursos. En la base de la preocupación de los participantes por disfrutar de la ciudad, está el tema de la dignidad y seguridad humana y el derecho a la vida y la salud, como posibilidad de construir poco a poco realidades incluyentes y responsables de lo establecido en la declaratoria de Estado Social de Derecho.

3.2. REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS INDÍGENAS ACERCA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Las representaciones sociales permiten acceder a un mundo figurativo y simbólico, producto de las relaciones y comunicaciones con otros en el día a día y como tal, hacen parte de la realidad de las personas, con

ellas clasifican y dan sentido a su acción en la vida cotidiana. Las representaciones sociales constituyen “sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa” (60).

Siguiendo a la autora, se encuentra la importancia de estudiar las representaciones sociales por cuanto orientan la dinámica de la interacción social y las prácticas, que en ella se suscitan. Dichas prácticas, al igual que el discurso y las representaciones se generan simultáneamente y dan sentido a la vida diaria. Es por ello que en este trabajo, son las representaciones acerca de la salud y la enfermedad, las que permiten la comprensión de las búsquedas que los indígenas hacen en las instituciones de salud de la ciudad.

Para ello, no sólo se requerirá de comprender las representaciones acerca de lo tradicional como “propio” de los indígenas, sino también lo occidental, que desde la medicina científica se organiza en el sistema de salud. Tener en cuenta criterios originados en estas dos concepciones permite acercarnos a las evidencias que a favor o en contra de una práctica específica o su intersección, manifiestan los participantes de este estudio.

Las representaciones sociales de la salud y la enfermedad de los indígenas, están ligadas a sus creencias milenarias, a su saber ancestral, a la complejidad del mundo de su vida, pues estas se transmiten en el proceso socializador, como algo objetivo, pero también sufren transformaciones como realidades socialmente construidas y en esa medida signadas por la subjetividad. La representación social acerca de la salud y la enfermedad determina la manera como afrontan el proceso salud/enfermedad/atención.

3.2.1 Representación social de la salud

Inicialmente se hará referencia a los conocimientos, valores y normas que desde lo tradicional orienta las búsquedas para la conservación o recuperación de la salud, entendiendo la vida como el valor fundamental; no porque la representación de la salud que trataremos de descifrar en las evidencias de los indígenas, se encuentre en grado de pureza sino porque determina los motivos por los cuales se recurre a lo ancestral antes de decidir o aceptar la remisión o contraremisión.

En este sentido, la representación que orienta las prácticas específicas de la medicina tradicional está justificada en concepciones marcadas por sus ancestros, lo cual no implica que se analicen a partir de “sí mismas” puesto que en cada proceso socializador los códigos propios se modifican. Esto se concreta en un diálogo entre lo “tradicional” y “lo moderno”, entre lo “propio” y lo “ajeno”.

Para los participantes, en este caso de algunas etnias, tener salud implica realizar y transmitir sus actividades acorde con costumbres y creencias ancestrales, es el caso del pastoreo y los rituales, que implican un contacto permanente con la comunidad, los animales y la naturaleza, en general los valores y actividades que orientan su vida cotidiana y que se transmiten en la relación con los otros y con el medio. Se encuentra quien afirma:

“El Wayuú se siente bien cuando él puede atender a los animales o sea cuando el desarrolla esa actividad que ha tenido ancestralmente de tener bien sus animales, de llevarlos a pastar, a sus zonas de comidas, de llevarlo a la zona para tomar agua. Un Wayuú se siente compenetrado cuando hace esas actividades, cuando tiene su caballo y puede montar [...] cuando puede, ir a los velorios, porque eso es lo que hace parte de su cosmovisión de su estar bien” EG1.

Relacionada la salud con la preocupación por la búsqueda de la armonía y el disfrute de lo cotidiano, algunos participantes que habitan en Medellín, consideran que el entorno, entendido como el conjunto de condiciones y relaciones en las que se encuentran inmersos, constituye una parte importante que combinado con el bienestar físico y mental representan la salud. Al respecto un participante plantea:

"...¿Qué es salud?, de pronto es más allá de estar física y mentalmente bien, es estar acorde con el entorno, porque de pronto yo me siento bien a mí no me duele nada, pero sentirme en una parte de pronto el encierro en la casa eso es algo que yo digo que es algo que a mí me enferma, sentirme encerrada, que no puedo salir y emocionalmente voy decayendo y la emoción se me va reflejando en el cuerpo, entonces eso es una cadena, [...] entonces ahí se va reflejando". EG2.

Otros participantes del estudio, los gestores no indígenas, coinciden que para hablar de salud desde los indígenas debe considerarse la importancia que tiene para ellos, la relación con su familia, con la comunidad, con sus instituciones y con la naturaleza misma, esta es una de las manifestaciones de la armonía que exige la vida diaria. Alguno afirma:

"Hay temas que por ejemplo para mirar la salud hay que mirar muchos entornos, por ejemplo el entorno familiar, el entorno comunitario social, los entornos institucionales y políticos" E2GH.

Para la mayoría de las personas que hablan en este estudio, salud es estar bien espiritualmente, tener una buena energía y transmitirla y estar en una buena convivencia con los demás tal y como lo refiere uno de los indígenas:

"Para mí es estar bien espiritualmente, y también en convivencia, estar bien en todos los sentidos, sentirse bien y transmitir esa energía a las demás personas, estar bien" EG3.

Para los indígenas tener salud es "estar bien". Estar bien significa estar en armonía y equilibrio consigo mismo, con la familia, con la naturaleza, con los espíritus, con el entorno y en las relaciones con otros. Se encuentran participantes que expresan:

"Bueno para mí como Emberá estar bien, es estar en paz con la naturaleza, eso para mí eso es sano, o por lo menos para mí y en mi comunidad eso es salud, estar en equilibrio con los espíritus sagrados de la madre tierra, entonces para nosotros estar bien, es estar en el territorio, estar allá en la montaña, eso es estar bien esa es la salud de nosotros" EG3.

No obstante lo anterior, en los testimonios también se manifiesta una dificultad para expresar la representación de la salud desligada de la enfermedad. Este es uno de los problemas que para hablar de la salud han sido reconocidos por estudiosos de la cotidianidad, el desconocimiento de las implicaciones que para referirse a la salud, tiene su explicación a partir de su representación como no enfermedad, sin tener presente que lo primero es lo que les permite a los seres humanos avanzar en la vida diaria y las relaciones que establecen con el entorno, tornándose la salud en algo oculto, no evidente. Encontramos quienes, al preguntarles por la salud, afirman:

“Yo creo que el concepto de salud dentro de nuestra comunidad se podría llamar... como estar sin enfermedades, se encuentra también como en la parte espiritual porque allá se trabaja así, pues prácticamente allá los médicos, son como la gente mayor las personas adultas que manejan plantas medicinales y la parte espiritual de las personas, es como la parte espiritual, es como eso, estar sin enfermedades”. EG3.

“Bueno también es la posibilidad de estar bien, en condiciones óptimas, sin enfermedades, estar saludable, alimentarme bien, estar también tanto físico como emocionalmente equilibrada, no tener desórdenes,

sentirme bien conmigo misma y expresarlo”. EG3.

La representación de los indígenas acerca de la salud, hace referencia a los principios de la armonía en las relaciones en la cotidianidad, sea con la naturaleza, con el cuerpo y con lo espiritual y en las relaciones que establecen entre sí y con los demás, lo que les permite realizar las actividades de la vida diaria, marcadas por sus tradiciones.

Tanto en las representaciones de la salud desde lo tradicional, como desde lo occidental y desde la complementariedad de estas dos lecturas, están presentes reflexiones en las que se encuentra presente esa difícil pregunta que atraviesa reflexiones del presente estudio, ¿se siente usted sano?, la salud no reside justamente en sentirse a sí mismo, es un ser-ahí, estar-en-el-mundo, un estar-con-la-gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos “[...] la salud es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez. Todos la conocemos. Ahí está la respiración, ahí está el metabolismo, ahí está el sueño. Ellos constituyen tres fenómenos rítmicos, que, al cumplirse brindan vitalidad, descanso y energía” (61).

Considerando que la medicina moderna, se fundamenta en la representación de la salud desde la perspectiva de la ciencia occidental, como criterios que orienta el proceso salud enfermedad atención que en Medellín se brinda a la comunidad organizada en servicios que constituyen este tipo de respuesta social. Esta representación permea la oferta para la comunidad indígena y de acuerdo con el tiempo de permanencia en la ciudad, los indígenas la integran en sus criterios mediante los cuales perciben la atención que allí reciben. Siguiendo con la reflexión acerca de la diferenciación entre lo tradicional y lo moderno y las imbricaciones que se establecen entre los mismos, no se pretende la comprensión de las evidencias desde una u otra, sino tener criterios para comprender las voces de los indígenas y las ganancias o pérdidas que desde ellas, se constatan.

El hospital es el espacio tradicionalmente más reconocido en la ciudad para la atención a la salud para el ejercicio de la medicina moderna y en el cual, a través de la ejecución de prácticas centradas en la experimentación y reconocidas como objetivas, permiten recuperar el equilibrio que el cuerpo ha perdido ante una disfunción que afecta al organismo y que se manifiesta frente a un dolor, o que se evidencia a partir

de procedimientos diagnósticos específicos como lo son los exámenes de laboratorio. Es así como encontramos quien afirma, la falta de salud ligada a dolores relacionados con el funcionamiento de la estructura corporal:

"[...] Tiene dolor de barriga y necesita un purgante de la casa, Jaibaná ahí sirve. Dolor de cabeza y dolores del cuerpo, hospital, ahí mismo inyección [...] hospital si lo quita con droga, hospital y ya..." EI12EM.

Aún reconociendo que existen tensiones entre las representaciones de la salud desde la cosmovisión propia, en la ciudad se recurre a los hospitales en búsqueda de atención a la salud; aunque la representación de ésta es diferente, como paso obligado en el proceso y no como el inicio o el final del mismo.

"[...] Nosotros como pueblos indígenas no queremos ir a ningún centro hospitalario, la recurrencia a un hospital ya es como la última opción que podemos considerar para salvar la vida o para resolver ciertas alteraciones que suceden en el organismo, pero como ultimo medio, por muchas razones" EI5GH.

Algunos participantes con experiencia de vida en Medellín que buscan estrategias de atención, reconocen la importancia que mantiene la medicina y el médico tradicional en la

curación, y encuentran cómo a pesar de los avances científicos, este tipo de medicación no es suficiente para tratar las enfermedades de los indígenas. Es así como manifiestan:

"[...] El médico le mandó antibióticos de última generación y no, y resulta que el tenía un mal [...] que los Emberá asignan a un jai. Entonces esta medicina no podía curar a esta persona, entonces había que recurrir a un medico tradicional y se logró conseguir; lo trajimos de Cristianía y la persona empezó a recuperarse"
E4IGOrH.

La concepción de medicina occidental integra una representación de la salud que se centra en las propuestas de la ciencia moderna, a partir de lo objetivo entendiendo el cuerpo como conjunto de órganos con funciones específicas y perturbaciones las cuales evidencian, mediante sus manifestaciones una ruptura con un equilibrio, que representa la salud. Esto ha conducido a la especialización y a la imposibilidad de ver las relaciones en el conjunto corporal dada la fragmentación que se establece. En lo occidental, se recurre fundamentalmente a la experimentación y al método de ensayo-error, lo que se ha dejado de lado en esta estrategia es el reconocimiento de la salud como una construcción social y que en esa medida, con la complementariedad entre "tradicional" y "occidental" se

logra una ruptura con lo normal, que esta última representación implica, para tratar de explicar con razones de orden cualitativo, una salud que se sale del patrón común.

3.2.2 La enfermedad: su representación y explicación

Como se planteó, la representación social contiene en sí misma conocimientos, estereotipos, creencias y valores, cimentados en normas aceptadas y compartidas por un conglomerado humano, y brindan los criterios para la explicación o justificación de las acciones. Es en este sentido, que la enfermedad, no como contrario a la salud, sino como aspectos que perviven y se manifiestan en la cotidianidad y en las relaciones que la concretan, permite hacer el contraste con la representación de la salud e inciden en la realización de las actividades que individualmente o en colectivo realizamos. La representación de la enfermedad exige de su comprensión y de acciones que permitan recuperar las energías y la sensación de armonía que implica la buena vida.

Esto explica la dificultad de acercarse a la representación de la enfermedad, aislada de la posibilidad de cambio y de la realización de las acciones de la vida diaria.

Tratando de comprender las voces de los participantes, la enfermedad, es reconocida como sufrimiento o padecimiento, es desequilibrio entre el entorno, consigo mismo y con los demás, entendidos como familia, comunidad e instituciones en general y de salud. Esta situación afecta el comportamiento individual y social en la medida en que lo colectivo cohesiona la vida en comunidad. Se encuentra quien afirma:

“Si uno [...] está enfermo, por donde uno va, va pensando en el problema y si la familia está enferma peor, [el problema de uno de los miembros es] de todos, que mi hijo tiene problemas, pero psicológicamente si un [hijo] está enfermo uno se afecta demasiado”EI9EM.

Las enfermedades son representadas de acuerdo a las creencias tradicionales, a la cosmovisión y al contacto con el hombre blanco, principalmente en las ciudades o cerca de ellas; permitiendo su clasificación en enfermedades de indígenas y enfermedades de blanco, no sólo para explicarlas, también para tratarlas de acuerdo con sus manifestaciones. Es así como en un grupo de indígenas Wayuú se comparte la siguiente reflexión:

“Que es estar bien para el Wayuú? no es solamente para el Wayuú, para otras comunidades indígenas, [...] no es que [el indígena] no se enferme [las

interpreta distinto] él puede presentar enfermedades respiratorias, gripa, pero yo percibo que las enfermedades que se presentan en las comunidades son diferentes a las que se presentan en la ciudad, ó sea, el Wayuú con tuberculosis, que una pulmonía, que se yo, pero ellos no lo ven así, son que espíritus malos que se te meten” EG1.

Es de tal importancia en la vida diaria las costumbres, creencias y el contacto con la Madre Tierra, que el alejarse de ellas por voluntad propia o por cualquier motivo, incide en su estado de salud; tal y como lo plantea uno de los participantes:

“En ese caso [como indígena estudiante en Medellín] en la universidad no tenemos salud, no podríamos hablar de salud pues desde mi forma de pensar, porque aquí no está ese territorio, no está esa naturaleza a la que estamos acostumbrados, eso es difícil; yo diría que aquí en la ciudad uno como Emberá vive enfermo siempre” EG3.

La representación de la enfermedad incluye para algunos indígenas el origen de ésta, el cual relacionan con sus creencias, con el entorno, con la naturaleza y con la cotidianidad. En este sentido, reconocen como origen de la enfermedad aspectos como los que se señalan a continuación:

La alimentación desde su disponibilidad, frecuencia y la manera de consumo, tienen importancia para

la satisfacción de una necesidad también tiene un valor simbólico y alrededor de ella, se organiza parte de la vida en comunidad. En este sentido se encuentra quienes así lo reconocen:

"Los niños colocan llorar, ¿qué va comer mama? y yo que voy a dar también, que coma plátano vacío (Solito, solito, con sal apenas) y ellos no le gustan comer vacío [...] cuando no hay liga se queda uno enfermo y quién va a buscar liga cada ratico, quién va al monte, quién va a pescar, porque la mujer no es capaz de buscar la comida, cuando no trae pescado o no se consigue pescado [o] trae pescado para venderlo y cambiar eso por plátano" EISEM.

No sólo es tener comida en cantidad suficiente y de calidad, sino tener un estado anímico que como consecuencia del bienestar de su familia, permita consumir y asimilar los alimentos. Los problemas y lo psíquico alteran el deseo de alimentarse. Es así como:

"...los problemas familiares a uno lo enferman, uno no come bien ni duerme bien, porque psicológicamente uno está afectado en eso, y también más que todo la comida, porque que uno tenga buena salud, que los hijos no tengan problema, pero que ya uno no tenga comida" EI9EM.

La alimentación indígena ha estado basada en una dieta obtenida mediante productos recolectados en el propio territorio y carne de caza y pesca. El contacto con la cultura occidental, ha generado cambios alimentarios, por el consumo de productos procesados con alto contenido de grasas, químicos, enlatados, los cuales alteran su dieta y sus condiciones orgánicas. Por esta razón surgen enfermedades no conocidas por ellos. Un participante expresa:

"A eso le sumamos entonces también, que las nuevas condiciones, o sea los agravantes de la enfermedad, los cánceres por ejemplo, las malformaciones congénitas, que yo diría que están más derivadas de [...] problemas de orden público que limita su trabajo en el campo, en sus fincas y en lo demás y han [llevado a] ligar más a sus usos y costumbres alimenticios, enlatados y otros productos que no eran de su dieta alimenticia y por lo tanto genera [conflicto] ante lo que usualmente se consumía y los elementos nuevos que empiezan a ingerir..." EI1GM.

Lo anterior coincide con algunos otros comentarios realizados por gestores, quienes afirman que en la población indígena anteriormente no se daban algunas enfermedades propias del mundo occidental, las cuales han aumentado por el obligatorio contacto con la vida citadina y principalmente

en lo que tiene que ver con las costumbres alimentarias.

Para los indígenas el desplazamiento forzado, las migraciones -ya sea en búsqueda de otras condiciones de vida- y el proceso de globalización entre otros, les han generado un contacto más permanente con el mundo occidental, lo que les ha exigido adoptar algunas costumbres que rompen con lo tradicional, generando nuevas enfermedades para ellos desconocidas, y por lo tanto no tratadas por sus médicos tradicionales; esto ha orientado a reducir la confianza en sus tratamientos ancestrales generando fricciones, tensiones y crisis de valores.

Los cambios anotados se relacionan con la necesidad de complementar normas y creencias que integran con las causas propias reconocidas como el origen de la enfermedad desde su cosmovisión. Estas se relacionan con los vientos, los espíritus, los rituales, los mitos que hacen parte de esta interpretación y que en algunos casos es diferente para cada etnia. Un indígena Wayuú plantea:

“El Wayuú de noche no sale, no tiene nada que buscar. Él sale a la luz del día, [...] me contaron mis tíos, mis abuelos, que los espíritus malignos se adquieren cuando uno camina a ciertas horas de la noche por el monte, por el desierto, [...] ingresan a tu

cuerpo y ahí aparecen las enfermedades, [...], un frío muy fuerte en pleno desierto les provocó una pulmonía, ¿si me entienden?, [...] lo ven como un espíritu que se le metió porque andaba a esa hora por el desierto, en la noche” EG1.

El aire, el viento, algunos rituales deben ser comprendidos y aplicados para no enfermarse. Un participante Zenú refiere:

“Yo vengo sufriendo desde muy pequeña y entonces mi mamá me dice que fue cuando yo perdí la vista que yo me caí en un puente y caí así en un puente, entonces los ojos se me pusieron rojos y entonces ahí cogí el viento” EI7ZM.

Otros aspectos relacionados como origen de las enfermedades, es el medio ambiente -el clima, las vías, la calidad del agua, el control de insectos- reconocido como condición importante para mejorar la vida. Un participante expresa:

“Hay mucho mosquito y a veces cuando se encharca hay disque el dengue, allá hay mucho eso y le pica uno y ya uno se enferma y le da fiebre, también el agua no es tratada, es agua de pozo y hay mucho parásito, también se afecta mucho en esa parte” E7IZM.

La enfermedad y su origen, también se relaciona con la comunidad, las relaciones que en esta se establecen

posibilitan la protección, la subsistencia incidiendo en la calidad de vida. Pero este contacto diario puede generar conflictos que afectan las relaciones. Algunos participantes, resaltan entre ellos la envidia que puede orientar a una estrategia basada en maleficios y brujería para ocasionar enfermedades. Así, se expresa:

"A veces la misma gente, entre el Embera y ustedes también, [...] la envidia no falta, si tu comes bien, entonces [...] aquella viste bien, todo es malo, si no trabajas [...] mal. Yo desde que empecé a trabajar con la [salud, adquirí] más o menos experiencia, entonces la gente de mi comunidad lo que son los médicos tradicionales, pues a mí me echan el mal" EI9EM.

"El origen de la enfermedad puede ser por múltiples razones, puede ser física, lo que uno siente; pero también puede pensar de acuerdo a su saber ancestral puede decir, esto es... a veces como maleficios, cosas, es como por ese lado, por esos lados" EI3QPH.

Desde la cosmovisión y los conocimientos ancestrales hay fuerzas sobrenaturales, invisibles e intangibles en las personas, los animales o la naturaleza que intervienen en la vida cotidiana. Sean espíritus buenos o malos, energías, dioses, el diablo, que inciden en la enfermedad como castigo, frente a acciones malas. Estos espíritus,

energías, dioses o diablos, se les asigna un nombre, dependiendo de la etnia. Así lo expresa un participante.

"...de pronto a usted le empieza a dar dolor de cabeza, daño de estómago o de pronto un vómito, se fue donde un médico de ustedes, si no se cura es que porque ya es mal de ojo, a usted le dicen mal de ojo y yo le digo mal de Emberá, porque el Emberá médico tradicional algunos son buenos y algunos son malos" EI9EM.

La complementación de representaciones ocurre como producto del contacto de los indígenas con el mundo occidental, es así como aparte de los espíritus y energías se recurre a criterios para la representación de la enfermedad como el cambio de hábitos alimentarios, la herencia, las crisis familiares, el orden público, el autocuidado, asociadas con la emergencia de enfermedades desconocidas y por ello más difíciles de curar. Al respecto un participante indígena refiere.

"El problema renal parece que es hereditario, es algo crónico que ya estaba ahí [...] en el examen que me hicieron hay un riñón más pequeño; solamente cuento con un riñón [...] que es normal y la otra enfermedad es por un descuido por no haber utilizado preservativo" EI6QPH.

Si bien, como se ha señalado la representación de salud y la enfermedad a partir de los relatos de los participantes, se relaciona con conocimientos creencias, valores y actitudes relacionados con sus tradiciones, pero este proceso es dinámico lo cual implica que por el contacto directo o a través de los medios de comunicación con el mundo occidental se obtienen otros conocimientos y códigos normativos que al interrelacionarse con los propios, modifican la representación.

3.3. PRÁCTICAS EN SALUD RECONOCIDAS POR LOS INDIGENAS.

Las prácticas en salud se hacen comprensibles en la medida en que su objetivo, como búsqueda de conservación o recuperación de la salud, encuentran explicaciones en la representación que de la salud y la enfermedad tiene los actores sociales. Por este motivo, las acciones y las prácticas tienen significado en el marco de una representación social.

Para las comunidades indígenas, la medicina "tradicional" comporta en sí mismo, un patrimonio inmaterial que reconoce las formas y modos de producción de la enfermedad y conservación de la salud, y así mismo, construye escenarios de interacción entre su cosmovisión y sus formas de

vida. La medicina tradicional cuenta con una gama amplia de estrategias que se han mantenido más o menos vigentes, aspectos que van desde el uso de diferentes productos naturales, como plantas, ungüentos y raíces, hasta la vinculación de rituales de diferente orden, que basado en su forma de entender y relacionarse con el mundo, permiten alcanzar estados de bienestar o de buen vivir.

Las prácticas en salud, son estrategias para la conservación o recuperación de las posibilidades orientadas a la buena vida, empleando conocimientos, técnicas e insumos, orientan las relaciones sociales que en este campo se establecen en entornos específicos y espacios establecidos con este propósito como respuesta social organizada o espontánea. Como prácticas integran acciones y relaciones sociales orientadas por un propósito. El tipo de conocimiento que orienta la práctica puede estar reconocido como tradicional, por su anclaje en las costumbres arraigadas para grupos específicos; puede orientarse por el reconocimiento del carisma de que están revestidos ciertos actores o puede estar anclado en la racionalidad objetiva que se asigna a la ciencia.

Para los pueblos indígenas, reconocer que existe para la curación, el mantenimiento o la recuperación de la salud dos o más instituciones

culturales -la occidental y la tradicional- implica fricciones permanentes en términos culturales, sociales y espirituales, pues pone de manifiesto la existencia de los procesos de hibridación que viven; con mayor intensidad cuando se hace referencia a aquellos indígenas que vienen a Medellín por atención, que viven en la ciudad por diferentes motivos o quienes como acompañantes se relacionan con la atención en salud.

Lo tradicional y lo occidental como instituciones culturales donde se recrean los servicios de salud refieren a formas diferentes de ver y entender el mundo y el proceso salud/enfermedad/atención; y por ende, de relacionarse con la vida, la enfermedad y la muerte. La hibridación como producto del cruce de ideas, culturas, dialectos, creencias y prácticas, ha acompañado el trasegar de las etnias colombianas construyendo y recreando escenarios de cuidado y de atención entre lo tradicional y lo occidental.

3.3.1 Medicina tradicional, sus actores, rituales y medios de curación.

Cuando se hace referencia a la medicina tradicional, se habla de las diferentes prácticas y formas de curar, cuidar, recuperar y mantener la salud

para los pueblos indígenas, como lo afirma uno de los gestores:

“La medicina tradicional [integra] lo que tiene que ver con la ritualidad, que la curación de territorio, que los cantos de Jai o la enfermedad que ellos llaman de babamia o loquera pues ellos dicen, entonces se hacen rituales con ellos, se hace la armonización con la familia, con los niños...” E3GOrH.

Frente a la medicina tradicional, los indígenas de las diferentes etnias reconocen ciertas características o particularidades que la configuran; características como: los actores, los rituales y el uso de productos naturales.

Los actores⁷ en términos de sus acciones y prácticas para la curación varían según el grupo étnico. Los Jaibaná para los Emberá, los yerbateros para los Quillacingas, el Piache para los Wayuú o los taitas para los Paéz; cada uno de ellos tiene funciones propias y aborda la salud y la enfermedad desde diferentes ángulos, según la cosmovisión de cada etnia y la relación que construyen con

⁷ Al hablar de actores de la medicina tradicional, se hace referencia de aquellos hombres y mujeres que por sus cualidades espirituales y sus conocimientos realizan prácticas de salud indígena; también aparecerán como *Médicos Ancestrales* con el fin de crear una sola denominación cuando se quiera hacer referencia a algo que es común para yerbateros, curanderos, jaibaná, etc.

la madre naturaleza. En su mayoría, son los adultos mayores, que por su experiencia y conocimiento son conocidos al interior del grupo como líderes espirituales.

“Los médicos, son como la gente mayor las personas adultas que manejan plantas medicinales y la parte espiritual de las personas” EG3.

Cada uno de ellos, según su especialidad debe tener ciertas capacidades, como el caso del Piache en la etnia Wayuú, quien puede comunicarse con los espíritus productores de enfermedades y orientar hacia la recuperación:

“[...] entonces él [médico ancestral] a través de una ceremonia, como él tiene ciertas habilidades o podríamos asociarlo con comunicarse con el más allá, porque tiene unos ancestros que lo han acompañado, [...] Piache no puede ser todo el mundo, uno tiene que tener cierta habilidad y cierta empatía con el más allá” EG4.

La efectividad de los médicos ancestrales para tratar las enfermedades es importante en todas las etnias, eso se ve reflejado en lo dicho por un participante Emberá:

“Cuando yo le mandaba a hacer algún trabajo con un médico de nosotros, pues yo me sentía bien también, porque a uno lo quitaban los dolores, poco a poco ya uno, ya iba

levantando, ya iba uno comiendo las comiditas” E1IEM.

La confianza que generan los médicos ancestrales con la comunidad indígena aparece también como una característica central, como se afirma en grupo de participantes de dos etnias:

“...uno se siente con confianza es con sus médicos tradicionales de allá, lo mismo que le pasa a uno con el médico occidental de uno, no hay esa confianza, [...] uno se siente mejor es allá con su médico tradicional, en cuanto al manejo de las plantas es muy difícil por aquí conseguir las plantas, [...] uno va por ejemplo a la minorista a conseguir las plantas y a mí me parece que son muy caras, yo digo no, como así?, [...] allá en la comunidad están ahí, uno las puede tomar cuando uno quiera, no hay que pagar, hay que pedirle permiso a la planta sí, [...] en la ciudad, [es un negocio] me parece increíble, es que yo por ejemplo, así una planta, como voy a comprar así una planta...” EG3.

Otra práctica que caracteriza a la medicina tradicional y que es frecuente en los indígenas para la conservación y recuperación de la salud son los **rituales de curación**, los cuales se convierten en espacios donde Jaibanás, yerbateros, taitas, piache y curanderos enfrentan aquellos espíritus que producen la enfermedad y buscan aquellos que traen la salud y el bienestar.

"Allá [en Risaralda] se acude mucho al médico tradicional también por cuestión de espíritus, porque a veces dicen que si uno no puede dormir muy bien no es insomnio, sino que le está afectando un espíritu o una mala energía, también cuando los niños lloran mucho, nosotros creemos que están espantados, porque vieron algo [que] no podían ver y hay que volver a llamar ese espíritu para que vuelva otra vez a donde estaba..." EG3.

Existen múltiples tipos de rituales de curación, están los cantos de Jai, las tomas de yagé, los rezos y las limpiezas; estas últimas, son para los Inga una práctica de purificación, que trae paz y tranquilidad.

"... ¿Qué es una limpieza? Agarran una clase de hierbas, [hacen] una preparación, lo soplan a uno con eso, lo rezan, todavía no sé qué tanto rezan, y ya lo sacuden [...] si yo veo que esa persona está tranquila, en paz consigo misma, así no sea que se vaya a morir, que no esté patateando, [busco el rezo, porque] le va a contribuir..." EI2IM.

Para las comunidades indígenas los rituales son un vínculo con sus antepasados y se convierten en el epicentro espiritual al cual recurren. Es el caso de las limpias, las cuales permiten la conexión entre el indígena Inga y su mundo simbólico; lo espiritual les permite estar en un

constante trasegar entre la consciencia interior y su mundo exterior:

"Si usted cree en lo espiritual, en todas limpiezas que a usted le hace, eso contribuye, de alguna manera, no digo pues que con una limpieza usted va a ser lo mejor del mundo, pero en los espiritual usted sabe que le dieron la mano, pero usted no tiene otra cosa porque preocuparse, que si se va a morir, usted sabe que al menos está en paz con su conciencia y con usted mismo..." EI2IM.

Para quienes llevan más tiempo de vivir en Medellín, el uso de algunas técnicas de otras medicinas como la Oriental, en especial del yoga, cada vez cobra mayor fuerza. Esta técnica permite una conexión espiritual que puede relacionarse con los rituales indígenas, pues llevan a la persona a un estado de bienestar espiritual, inclusive son usados a la par con la toma de bebidas de plantas en un proceso de complementariedad. Algunos indígenas de las etnias Quillacingas-Pasto y Paéz narran las experiencias en este aspecto:

"El yoga me ha ayudado... lo que me enseñó mi mamá de las medicinas...de las yerbas para los riñones, que el agua de pelo de chócolo, cosas [naturales] que ella me ha enseñado..." E6QPH.

Los rituales como prácticas de curación tienen como referente la representación social de la salud que tienen los indígenas con ellos buscan mantener o recuperar la buena vida, no sólo como opuesta a la enfermedad sino como realidad compleja que se entreteje con la madre tierra, estableciendo una relación con la naturaleza, el cuerpo y el espíritu, recuperando la totalidad, con el ritual se enfrenta el espíritu para aliviar el cuerpo, que es en sí mismo, una complementariedad entre la madre tierra, sus creencias y la vida cotidiana.

Por último están **medios de la curación**, en los cuales se privilegia el **uso de productos naturales para los rituales**; las plantas ya sea en ungüentos o en bebidas, aparecen como elemento de primera línea para el tratamiento de las enfermedades.

El uso de plantas en los rituales, varía según la etnia y la disponibilidad que se tiene de estos recursos en la comunidad de origen. Al usar las plantas en los procesos de curación, los médicos tradicionales se comunican con los espíritus de las plantas para evocar su poder, como lo afirma una indígena Emberá:

“Entonces ya el médico tradicional ya le hace el bañito caliente, entonces ya ellos hablan con las plantas medicinales que tienen su espíritu”
EI9EM.

Las plantas producen efectos diferentes, y son usadas según las particularidades del enfermo, del origen de la enfermedad, y de las cualidades de las plantas; algunas de ellas son usadas en infusiones que permitan obtener el efecto. Es el caso de la marihuana la cual es usada en Samaniego -Pasto-, de forma medicinal combinada con el “chancuco” para provocar un efecto de tranquilidad, tranquilidad que es en sí misma, *signo de salud*.

“[El uso de la marihuana combinada] al té de marihuana y le echan chancuco [...] chancuco, ellos lo preparan y lo toman pues es como para sentirse contentos estar bien”.
EI10QPM.

El uso de las plantas comporta un saber ancestral en su cultivo, uso y suministro; las plantas son seres vivos, relación directa con el territorio. Al tener un tiempo específico entre la siembra, el corte, la preparación y la toma, los indígenas que viven en Medellín, o los que están por motivos de salud o como acompañantes, encuentran una gran dificultad, y es la poca disponibilidad de plantas oriundas de sus propias regiones que cuenten con las características idóneas para las tomas. Algunos de ellos, deben acudir a yerbateros que -según lo describen- hacen un uso inadecuado de las plantas, dejando que se sequen,

perdiendo sus capacidades o principios activos.

“Las plantas son como el ser humano, tienen una vigencia, la planta no es que dura después de haber sido cogido, 3, 5 días, la gente dice, que la planta entre más seca, más fuerte es, por que la planta tiene 3 días de caducidad, dependiendo del lugar donde se encuentre, la planta tiene lo que los químicos han llamado principios activos, eso tiene una serie o digamos tiene cierto nivel de vigencia para actuar y hacer efectos reales, entonces por eso la medicina no se puede ejercer desde un consultorio”. E5IGOrH.

Se puede entender entonces que las prácticas con plantas demuestran un respeto marcado por la relación directa entre la madre tierra, la producción de la enfermedad y el proceso de curación; las plantas al ser espíritus en sí mismos, repelen y expulsan a aquello que esté causando el maleficio, y permite a su vez aferrar al indígena a las raíces mismas de sus creencias donde la madre tierra es proveedora de la vida y de ella se desprende el sustento para mantener el equilibrio vital.

3.3.2 Medellín: prácticas en salud reconocidas por los indígenas, como propias de la ciudad

Los participantes acceden en la ciudad a prácticas diferentes a las propias de su cultura a las cuales recurren fuera de su localidad. La recurrencia a prácticas ofrecidas desde la IPS en la ciudad de Medellín por parte de los indígenas lleva la comprensión por parte de estos de la existencia de enfermedades desconocidas por los médicos tratantes en sus comunidades de origen. Es así como la medicina occidental, cuenta con los elementos para la cura de aquellas enfermedades propias del hombre blanco, como lo afirma un participante:

“¿Cuándo un indio había sufrido de cáncer? o ¿cuando un indio había sufrido de anemia?, ¿cuando un indio le había dado una enfermedad de esas de transmisión sexual?, son enfermedades traídas” EG4.

Para los indígenas de los resguardos, así como para sus médicos tradicionales, es claro que se ha ido reconociendo paulatinamente la necesidad de buscar en la MO (medicina occidental) aquellas prácticas para recuperar la salud o curar la enfermedad que los médicos tradicionales reconocen que no pueden tratar, como el caso de las enfermedades crónicas, mordeduras

de víboras, las neumonías y procesos infecciosos:

“Como muchos han conocido de las enfermedades como casos de fiebres y neumonías, ya sabemos, vamos directamente al hospital del municipio... ya los médicos nos atienden y ya nos mandan para la casa y ya”. EI11EH.

También acuden en caso de algún accidente grave que ponga en riesgo la vida del indígena:

“Otra también podríamos decir de recurrir ya a la medicina occidental en caso de un accidente [...] cuando la persona ha perdido demasiada sangre, si toca llevarlo a un hospital [...] porque no podemos en este caso parar por ejemplo la hemorragia o si necesita sangre, entonces vemos que la persona más idónea en este caso es la que determina o la que está ahí para llevarlo a un hospital en este caso”. EI11EH.

La búsqueda de atención de este tipo de enfermedades, trae consigo nuevas prácticas o estrategias de tratamiento, lo cual en muchos casos son con pastillas e inyecciones cuyo uso no es habitual para el médico tradicional; procedimiento culturalmente diferente al “tradicional” -como se vio en el apartado anterior-, ya que para los indígenas la curación mediante lo espiritual y lo natural, ha sido habitual y la ingesta de pastillas suele verse lesivo para su organismo, e

incluso les lleva al rechazo o a la interrupción del tratamiento:

“La diferencia [...] con el médico de afuera es que [...] te mandan una droga, ¿cierto? Un mes, dos meses, y puede que esa drogas te esté curando, pero también te esté ayudando a almacenar otro tipo de enfermedades, te están curando esto y te están dando otra cosa, y la ventaja que uno tiene con el médico tradicional es que a ti te curan con plantas y las plantas a ti no te hacen daño...” EG3.

Para los indígenas Emberá que viven en sus resguardos, la idea de la medicación occidental, ha permeado su cosmovisión frente a la curación de las enfermedades, como se evidencia a continuación, cuando una indígena al ser interrogada sobre como resuelve los problemas de salud, responde:

“[Le da a los niños] droga, cuando están enfermos, [y toman]: Acetaminofen, ibuprofeno, [van a la farmacia a] comprar, [en el hospital cuando la atienden] hospital es droga, inyección también...”. EI12EM.

Aparte de la búsqueda de atención a enfermedades en la MO por parte de los indígenas, también el personal de salud, ha llevado tratamientos a la población indígena en sus resguardos para atenderlos, es el caso del Resguardo de Cristianía en el Suroeste Antioqueño, donde hay presencia de personal de salud adscritos a la Dirección Local de Salud

y Seguridad Social; o de promotores de salud indígenas que han sido capacitados desde la medicina occidental para hacer procesos de demanda inducida⁸ hacia el hospital del municipio.

“Demanda Inducida, entonces lo que hacemos es en las casas, revisar el problema de la vacunación en los niños indígenas, que por lo menos tengan el esquema completo de los seis meses”. E3GOrH.

La presencia de personal de salud en los resguardos se ha realizado desde diferentes ángulos, pero resaltan dos aspectos que son: la vacunación para los Emberá y los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de corte educativo en algunos de los resguardos. En el primero de ellos, uno de los gestores entrevistados, plantea que fue con el uso de los biológicos en los procesos de vacunación donde se logró disminuir significativamente las muertes en esta etnia:

“Para ellos, por ejemplo aquí en Antioquia la entrada de la vacunación de manera regular y realmente, pues masiva, apenas tiene 20 o 25 años, y eso significó yo creo, que la salvación por ejemplo para los Emberá que

⁸ La demanda inducida, es el proceso mediante el cual los promotores de salud indígenas u otros profesionales que trabajan en las zonas rurales, identifican, clasifican y remiten las personas a los centros de salud según la patología que tienen o el servicio que requiere.

viven en las comunidades rurales, porque muchos de ellos morían justamente por falta de vacunas, muchas madres morían por falta de la vacuna antitétano y toda esta cosa, y eso fue una revolución en el tema de salud y en la protección de la vida, de la población indígena rural”E2GH.

Frente a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los resguardos, la mayoría son realizadas por los promotores de salud indígenas, o por personal del hospital. Temas educativos relacionados con los deberes y los derechos en salud, el aseo y la higiene personal, y temas relacionados con la gestación y los cuidados prenatales son asistidos por los promotores casa a casa; refuerzan al interior de las familias la importancia también de la MT (medicina tradicional) fomentando así la complementariedad.

“Nosotros vamos a hacer solamente charlas educativas [los promotores], hablar sobre los derechos y deberes en salud, la importancia de... o sea, hacer toda la parte de la demanda inducida, sobre crecimiento y desarrollo y control prenatal, todo eso, esas cosas y también fomentando el fortalecimiento de la medicina ancestral” E4IGOrH.

Para terminar, se puede decir que la búsqueda de atención en la medicina occidental por parte de los indígenas que viven en los resguardos, esta

mediado por una negociación cultural frente a las diferencias ampliamente conocidas entre la forma de entender y practicar la salud en la medicina tradicional y en la occidental, algunos de ellos son:

- En la MT las enfermedades son producidas por espíritus, en la MO son producto de procesos biológicos, ambientales o de la forma de vida de las personas.
- La MT la curación debe darse en dos vías, en primer lugar se busca el bienestar espiritual y luego en el plano de lo físico, en la MO se busca en primer lugar restablecer las funciones biológicas y en segundo lugar, los aspectos psicológicos.
- En la MT la curación se da a través de los rituales, en las cuales se usan elementos naturales extraídos de las plantas y combinadas con rituales; en la MO el uso de medicamentos se privilegia antes que cualquier otro proceso terapéutico.
- La relación entre los médicos tradicionales -Jaibaná, yerbateros, curanderos, taitas etc.- y los pacientes es de confianza, cercanía y de guía espiritual, él hace conexión con el mundo simbólico para mediar por la recuperación de la salud; en la MO, el personal de salud es distante, esta relación muchas veces tiene

limitaciones de tiempo para la atención y procesos administrativos que dificultan el acceso y limitan aun más la relación cara a cara con el personal de salud.

3.3.3 Medicina tradicional y occidental: estrategia de complementariedad

En este apartado se hace referencia a estrategias que integren opciones de atención y tratamiento desde la medicina “tradicional” y la occidental. Existen aspectos que es necesario comprender en términos de las motivaciones que llevan a un indígena a buscar el acceso a la medicina occidental -u otras-, cuáles son esas opciones que buscan, qué estrategias utilizan y cuáles son los problemas o las potencialidades en la complementariedad; que como se dijo antes, implica un diálogo de saberes que reconozca los principios y los valores propios de las dos racionalidades.

3.3.3.1 Motivaciones, opciones y estrategias en la complementariedad

Para los pueblos indígenas la enfermedad es producida por algunos

espíritus y la búsqueda de curación está ligada a la acción de mediación de los médicos tradicionales, quienes a través de rituales, cantos y bebidas a base de plantas conjuran el espíritu y devuelven la salud. Esta cosmovisión, ha venido transformándose paulatinamente en el contacto con el mundo occidental, pues algunas enfermedades del hombre blanco han minado sistemáticamente las comunidades, diezmando su población, enfermedades que no responden a los conjuros ni rituales de los médicos tradicionales y que en muchos de los casos necesitan de la medicina occidental para su curación. Incluso el médico tradicional reconoce los límites de sus poderes curativos frente a estos trastornos por lo cual remite o aconseja a los indígenas para que acudan a servicios que ofrecen las IPS. Un gestor indígena comenta:

“Obviamente hay cosas que se salen de la mano, hay cosas que no es de la especialidad de uno y por lo tanto uno no es el idóneo para tratar a esa persona, y por lo tanto debe de ir a otros médicos, [...] a otras personas [con], toda una vida [estudiando una] especialidad” E5IGOrH.

Para los indígenas reconocer la necesidad de acudir a ambas medicinas es algo que depende de la enfermedad que padecen, pues reconocen los límites y potencialidades tanto de la medicina

indígena como de la occidental, por eso se afirma que:

“Uno vota por las dos partes -la medicina tradicional y la occidental-, ¿sí me entiende?, pero uno a veces también vota como por la voz profesional ¿sí me entiende? No es lo mismo un médico que lo revise a uno a que lo revise un médico taita o así, porque para mí yo voy a las dos partes, si algún cáncer, o alguna cosa que el taita no tiene esa capacidad de [diagnosticar] entonces uno va donde el médico, hay enfermedades que no las ve bien el curador de medicina tradicional” E15QPH.

La complementariedad pasa primero por la elección de la medicina tradicional agotando todas las posibilidades que les ofrece según la etnia, pasando por curanderos, yerbateros, rezos, cantos, limpiezas y rituales; una vez agotados estos, y al ver que el médico tradicional no resuelve el problema, se busca la atención occidental, como se narra a continuación:

“[...] porque muchas veces un paciente antes de llegar a una clínica lo mandan a hacer ese trabajo a un Jaibaná, porque si es un espíritu de nosotros, de pronto le puede encontrar un alivio, y cuando ya no se encuentre [...] ya lo entrega a la mano de los médicos” E1IEM.

En algunos casos, la búsqueda de la medicina occidental como última opción, puede afectar considerablemente el proceso de curación, inclusive muchas veces no se logra salvar la vida de la persona, pues la lejanía y lo avanzado de la enfermedad influyen de manera negativa en el proceso de recuperación de la salud, como lo reconoce una indígena Emberá trabajadora de un centro de salud cercano a su resguardo:

“Los indígenas llegan aquí en estado de gravedad es porque ya han dejado avanzar mucho las circunstancias esperando que [por] sus mismos médicos sean curados, ¿cierto?, entonces pasan donde un Jaibaná, luego les recomiendan otro y van donde otro y siempre tratan de agotar...” E1IGM.

Existen experiencias que demuestran cómo se han realizado los procesos de complementariedad en los centros de salud, donde son invitados los médicos tradicionales para realizar los rituales y darle así al indígena tranquilidad y confianza para su proceso de recuperación.

“Lo traen del hospital, hacen su tratamiento con el médico tradicional, el médico tradicional, hace su canto ritual, con las plantas medicinales, entonces ya empieza a hacer su canto ritual, con las plantas medicinales y ya al otro día ya está bien”. E9IEM.

Como estrategia política se reconoce como excepcional por parte de gestores entrevistados la necesidad de avanzar en el reconocimiento de la medicina tradicional en el SGSSS, así como el uso de las plantas medicinales, los rituales y demás actividades, que garanticen una integración y complementariedad en el sistema de salud, frente a ello se encuentra que:

“Por eso nosotros también estamos enfocando de lleno el fortalecimiento de la medicina ancestral, plantas medicinales, médicos tradicionales, porque dentro del sistema de salud propio estamos diciendo: hay que reconocer, hay que estimular a los médicos tradicionales” E4IGOrH.

Esta intensión, se ve opacada por la rigidez en la estructura del SGSSS el cual no permite la vinculación de este tipo de acciones, puesto que no se reconoce como tal a la medicina tradicional, y se considera como uno de los principales obstáculos de la complementariedad -ver más adelante-, según lo describe uno de los gestores:

“La SUPERSALUD por ejemplo no te acepta a vos que le presentes una factura de [...] un ritual, y para el ritual necesitamos comprar cigarrillos o tabaco, o chicha y entonces [afirman] ¡ah, eso lo que es, es una borrachera! [No comprenden

que] es por un asunto espiritual".
E3GOrH.

Si bien, en Medellín de manera excepcional, se han llevado a cabo procesos de complementariedad donde los médicos tradicionales van a los hospitales y logran hacer los cantos y apoyar la recuperación de la salud, la disponibilidad de médicos tradicionales en Medellín es escasa - ver más adelante los problemas para la complementariedad-, por lo cual se deben buscar en los resguardos, y garantizar su presencia en la ciudad

Cabe decir que la decisión de los médicos occidentales y tradicionales de aceptar que se realice un canto de Jai dentro de los hospitales pasa también por una negociación del médico, con sus principios y valores, y sobre todo, por la negociación con la ciencia, en términos de reconocimiento del saber popular y ancestral para la curación.

Lo anterior, requiere decisiones políticas para lograr que el SGSSS permita la inclusión de lo "tradicional". Además la negociación, implica en el plano individual, y con los actores políticos adecuaciones y acciones pedagógicas, los actores tanto tradicionales como occidentales deben reflexivamente tomar decisiones informadas acerca de los diferentes principios y valores sociales, culturales y académicos que

permitan la complementariedad con base en el reconocimiento del "otro" y las diferencias.

3.4. PERCEPCIÓN DE LOS INDÍGENAS ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, OCCIDENTAL Y TRADICIONAL RECIBIDA EN MEDELLÍN

Se considera que el sentido que tiene integrar en los apartados anteriores, una aproximación a la representación acerca de la salud, tanto propia de los indígenas, como la correspondiente a la medicina occidental, y las prácticas que los actores del estudio reconocen como las que se les ofrecen en sus lugares de origen para mantener o recuperar la salud, se pueden comprender las ganancias o pérdidas que evidencian en sus percepciones acerca de los servicios que encuentran en la ciudad de Medellín.

Las percepciones de los indígenas acerca de los servicios de salud que les ofrece la ciudad de Medellín, se enmarcan en el reconocimiento de la realidad que ellos viven en el mundo compartido como indígena y con otros en la ciudad, con el cual se construye un conocimiento que es social, que integra aspectos objetivos y subjetivos(62).

La Respuesta social para la atención en salud en la ciudad, se considera en dos vertientes: la organizada y la

espontánea (15). La primera es ofrecida por el sistema para todos los habitantes de Medellín, y que en este caso ha sido orientada por los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, enmarcado en las orientaciones de la Constitución de 1991, como norma de normas o en las adecuaciones posteriores a la ley mediante la cual se organizó el SGSSS, y ofrecida en las Organizaciones de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios mediante la confluencia de diferentes actores y estructuras. La segunda, respuesta social espontánea, comprende las estrategias de atención a las cuales recurren desde su cosmovisión como indígenas, anclada en la atención que reciben en sus comunidades de origen en el marco de un conocimiento y práctica ancestral; esta no es organizada desde el Estado sino desde las expectativas de atención que se orientan por sus experiencias anteriores y, con las posibilidades que acorde con estas encuentran en la ciudad.

Con respecto a la respuesta social organizada, los indígenas y gestores participantes del estudio reconocen las organizaciones e instituciones prestadoras de servicios de salud con las cuales establecen contacto en la ciudad de Medellín y previamente en las localidades cercanas a sus lugares de residencia, en este caso, centros y puestos de salud y hospitales de

primer nivel, generalmente. Además en este tipo de respuesta se incluyen organizaciones que aunque no prestan servicio directo en salud, brindan criterios y asesoría con este propósito.

3.4.1 Organizaciones:

Para la vida en Medellín, los indígenas reconocen la existencia de entidades de diverso tipo, que se preocupan por atender o acompañar a sus hermanos en la búsqueda de mejores condiciones en la ciudad. Las áreas fundamentales en las cuales centran sus actividades, tienen relación con la concertación para el diseño de políticas y su ejecución, esta acción, básicamente la realizan mediante la coordinación, que con mayor o menor éxito establecen con los niveles de la administración, tanto con instancias nacionales como departamentales, municipales y con organizaciones no gubernamentales de carácter internacional.

Una de las organizaciones de concertación para las políticas y coordinación se encuentra ubicada en uno de los pisos del Centro Administrativo La Alpujarra, edificio en el cual funciona la Gobernación del Departamento de Antioquia, con acceso a través del servicio público de transporte; esta edificación que cuenta con portería de acceso y

funcionarios que luego de verificar su identidad, en el idioma español ofrecen a los visitantes indicaciones, acerca de la ubicación del servicio que buscan. Otras organizaciones con funciones similares como la Organización Indígena de Antioquia – OIA- y la Asociación Indígena del Cauca –AIC- tienen su centro de funcionamiento en el barrio “Prado”, el cual es tradicional y reconocido en la ciudad, estas entidades cuentan con señalización y, están conectadas con el centro de la ciudad a partir del sistema de transporte público. Estas organizaciones se reconocen entre sí y comparten algunos proyectos, pero no son igualmente reconocidos en las voces de los indígenas residentes o que buscan atención en salud.

De igual manera se reconoce la existencia de organizaciones como los cabildos indígenas que, aunque no tienen el reconocimiento mediante personerías jurídicas, si lo tienen socialmente, establecen coordinación con distintas organizaciones y hacen seguimiento y acompañamiento a indígenas residentes en la ciudad o que vienen para alguna gestión a Medellín. Realizan veeduría al ejercicio de funciones que inciden en la calidad de vida de los indígenas y específicamente en el reconocimiento del derecho a la salud y la calidad del servicio correspondiente.

Respecto a la ubicación de los cabildos existentes, funcionan en diversos sitios de la ciudad, el Chibcariwak en el barrio “Prado”, sin señalización adecuada, no cuenta con portería permanente, aunque se verifica al visitante antes de su ingreso. El Cabildo Quillacingas-Pasto funciona en una oficina de tercer piso de un edificio ubicado en el centro de la ciudad, no tiene señalización, lo que dificulta la ubicación para el usuario, quien una vez llega al edificio es orientado al piso correspondiente por una portera, que da un buen trato al visitante. En esta oficina en muchos casos se atiende con cita previa, pues el personal debe cumplir con actividades fuera del mismo, lo que significa que en algunos ratos permanece cerrado. El Cabildo Universitario de la U. de A funciona en las instalaciones de la Ciudad Universitaria; esta ubicación y por tratarse de indígenas estudiantes, hace que sus actividades y servicios estén enmarcados en las rutinas de la Universidad, y en ese sentido, se rige por las normas de funcionamiento de la institución con cierres temporales, y con indicaciones desde las porterías; cuenta con acceso al servicio de transporte público de la ciudad, y los usuarios tienen el carácter de estudiantes, por lo cual sus servicios aunque no son para todos los indígenas en la ciudad, son conocidos entre sí, lo cual hace que conozcan las normas de su funcionamiento.

También identifican Entidades Prestadoras de Servicios de Salud a las cuales son remitidos desde las IPS municipales o acuden por iniciativa propia. Aparte del reconocimiento de hogares de paso que son gestados desde las organizaciones propias o asistenciales, alguna de ellas como institución con una misión de orientación religiosa.

Las IPS pertenecen a la red de servicios de la ciudad, con mayor o menor vinculación al sistema de transporte de acuerdo con su ubicación, siendo más favorable en el centro por ser el espacio en el cual convergen todas las rutas de servicio público. En este caso, aunque la señalización no siempre es adecuada, cuentan con porteros que luego de identificar al usuario y enterarse del servicio que requiere permiten el ingreso y brindan las orientaciones para que continúe con el trámite con el funcionario que le corresponda. Al interior de la institución, aunque se encuentra señalización acerca de los servicios, esta es en idioma español, lo cual hace que quienes, en muchos casos, no hablan el español (generalmente Emberá, la etnia de mayor presencia en la ciudad), tengan dificultades en la relación con el espacio y con los funcionarios; esta circunstancia es reconocida como una falencia, incluso por miembros de otras etnias, que ven en los Emberá la

etnia con mayores dificultades para comunicarse en la ciudad por motivos relacionados con el idioma.

Los hogares de paso están ubicados en lugares cercanos a las organizaciones que los coordinan, o al interior de una de ellas. Están vinculados con el centro de la ciudad a través del sistema de transporte. Cuentan con normas de seguridad para ingresar a ellos, lo cual redundo en protección, para indígenas que por desconocimiento de la ciudad deben ser acompañados por alguien que sepa de los lugares a los cuales se deben desplazar en búsqueda de atención o trámites para acceder a la misma.

Estas entidades se encargan de obtención y administración de los recursos económicos requeridos para su sostenimiento, o para apoyar a los indígenas mediante partidas de los presupuestos municipales o por la celebración de convenios con organizaciones del nivel departamental, o en algunos casos mediante la presentación de proyectos a convocatorias internacionales que priorizan la defensa de los derechos humanos.

Acorde con lo anterior, la información suministrada por los gestores participantes en el estudio (indígenas y no indígenas) y la observación realizada, permite identificar las

siguientes organizaciones por su carácter regional y local y las actividades a que se dedican: Gerencia de Asuntos Indígenas del Departamento de Antioquia, Organización Indígena de Antioquia OIA, Asociación Indígena del Cauca AIC, Cabildo Chibcariwak, Cabildo Quillasingas-Pastos, Cabildo Universitario U de A y Congregación Madre Laura

3.4.1.1 Reconocimiento de las organizaciones y sus acciones.

Para las actividades de coordinación y asesoría en la ejecución de las políticas, planes y programas orientados a propender por las condiciones de vida de los indígenas en el departamento y en la ciudad, reconocen la existencia de la Gerencia de Asuntos Indígenas del Departamento y la Organización Indígena de Antioquia, como entidades que además deben velar por la coordinación entre las instancias de la administración. La percepción acerca de estas organizaciones es compartida por los gestores:

"... como organización indígena [en la OIA] tenemos nuestra propia misión, visión, objetivos, y una de nuestras [actividades] es la exigibilidad de nuestros derechos, [...] nos relacionamos, con los municipios, con

el departamento, a nivel nacional y a nivel internacional, con las ONG, [con] diferentes instituciones del gobierno, con ICBF, con Secretaria de Educación, con los abogados, con [los defensores de] derechos humanos..."
E4IGOrH.

Como organismos que se relacionan directamente con las etnias en la ciudad, reconocen la existencia de los cabildos que con diferente tiempo de arraigo en Medellín velan por la calidad de vida de los indígenas residentes, son liderados por Gobernadores y una junta asesora integrada por miembros reconocidos de diferentes etnias. Estas organizaciones cuentan con una infraestructura con distinto grado de adecuación, según el tiempo de existencia en la ciudad, los recursos, el reconocimiento social y las relaciones que establecen con las organizaciones estatales y no gubernamentales.

Los indígenas residentes, además de los Cabildos, las organizaciones indígenas y el ente departamental rector de la política indígena, reconocen la existencia de instancias responsables de la asesoría, y asistencia a sus comunidades, se cuenta con "Hogares de Paso" para hospedaje y orientación durante la recuperación o búsqueda de atención en salud o para algunos que, durante su permanencia en la ciudad carecen

de recursos para financiarse. Se encuentra quien afirma que:

"Desde hace [aproximadamente] 30 años se nucleó en Medellín lo que se llama el Cabildo indígena de Chibcariwak, donde el liderazgo ha estado principalmente en muchos miembros indígenas que se han desempeñado en el magisterio o en otras actividades..." E2GOrH.

En el caso de la Congregación de Hermanas de la Madre Laura, su hogar de paso tiene entre sus actividades el apoyo, en los trámites necesarios para la intervención a la salud y la recuperación de la misma, así como la intermediación con otras organizaciones en la medida que lo requieran, este servicio incluye hospedaje para el paciente y para el acompañante, esta es exigencia de la congregación, dado que el servicio que se ofrece no es brindado por especialistas en el cuidado a la salud. Al respecto algunos de los participantes señalan:

"..a las Hermanas de la Madre Laura también se les paga por el servicio, mediante contrato con la Gobernación, [...] ellas tienen un lugar adecuado, que inclusive ya lo arreglaron hasta muy bien, [son], dedicadas, pues con esa paciencia saben cómo manejan un [enfermo], tampoco son especializadas en los tratamientos [...], es más bien una casa de paso, [...] los acompañan a las

citas, van con ellos, caminan, [...], si tú fueras a cobrar por el servicio valdría mucho dinero [ellas] hacen esa labor, pues de misioneras que son,..." E3GOrH.

Cuando el participante además de gestor, es indígena, se destaca su sensibilidad hacia la situación de sus hermanos, dado los altos costos de la estadía en la ciudad para él y su acompañante cuando viene en búsqueda de atención y el costo social que significa la separación de la familia y de las comunidades con consecuencias afectivas, económicas, culturales por los cambios en la vida diaria y la nostalgia que esto implica. Se afirma:

"...los recursos a nivel internacional son con proyectos, con relación a los derechos humanos, [...] con esto sacamos unos porcentajes, [para el sostenimiento en la ciudad] un fondito pues para eso, y además [...] coordinando con las autoridades, porque las autoridades [de algunos resguardos] también reciben [recursos] del Sistema General de Participación..." E4IGOrH.

La reflexión y evidencias consignadas muestran la existencia en la ciudad de organizaciones que se han tornado en referentes para la vida diaria de los indígenas, quienes buscan en ella, dado su carácter de extraños o residentes de escasos recursos, apoyos que con alguna compensación económica, permiten enfrentar

problemas fundamentales. Estas organizaciones tienen una población objetivo y unas áreas de influencia diferente, reconocidas desde los orígenes de las mismas.

3.4.1.2 Población objetivo y Zonas de influencia:

La política que orienta la gestión de la Gerencia de Asuntos Indígenas del Departamento, contempla la importancia del regreso de los indígenas a sus comunidades de origen, justificado en la defensa de su territorios ancestrales, los cuales según el mandato constitucional son indivisibles y garantía de la conservación de la cultura, acorde con la definición de Colombia como país multiétnico y pluricultural (63).

La Gerencia al igual que la OIA se preocupa por la totalidad de los indígenas de los diferentes municipios del departamento de Antioquia y orienta acciones tendientes a la recuperación de los territorios y la unificación de los mismos, mediante la creación de condiciones favorables en los lugares de origen. En el caso de la OIA focaliza sus acciones en salud en los municipios del Departamento en los cuales viven los indígenas mediante programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los Cabildos existentes en la ciudad orientan sus acciones teniendo como población objetivo a los indígenas que viven o realizan actividades en Medellín. Algunos, al igual que la Gerencia y la OIA se preocupan por la posibilidad del retorno y la integración de los indígenas a sus comunidades. A diferencia de uno de los cabildos que relaciona sus acciones con las condiciones de vida en la ciudad, como prioridad de su gestión. En este sentido, un gestor afirma:

“[Como] indígenas, a nosotros nos llama mucho la atención, porque [...] veníamos de lugares de origen, y miramos con mucha preocupación a algunos compañeros indígenas que tienen dificultades en muchos aspectos, entonces hace diez años, nosotros nos comprometemos, con un puñado de hombres y mujeres para formar un cabildo indígena urbano en Medellín, de ahí que surge esa idea” E3IGOrH.

La preocupación central de algunas organizaciones por el retorno de los indígenas a sus resguardos, tiene consecuencias en la preservación del país como pluriétnico y pluricultural, pero más que esto en el reconocimiento del “otro” como igual. Además incide en las condiciones de vida de parte de la población indígena, pues en muchos casos la ciudad es un centro adverso para su

realización como seres humanos con especificidades culturales y además redundante en la presión sobre una ciudad que en muchos casos los desconoce, y que no ha integrado las expectativas en salud desde la cultura ancestral.

3.4.1.3 Acciones para la recuperación de la salud.

El reconocimiento de áreas en las cuales pueden intervenir en la ciudad, es diferente según se trate de gestores occidentales o gestores pertenecientes a una etnia específica. Los primeros buscan remediar los problemas de la atención en salud a los indígenas en la ciudad, mediante una estrategia diferente a la que se presta a los habitantes de Medellín. Los indígenas remitidos de entidades de salud cercanas a sus lugares de origen, llegan en condiciones que ameritan la consideración de la diferencia de lengua o interlocución, de necesidad de hospedaje y acompañamiento, alimentación y el reconocimiento de su relación con la medicina tradicional.

"...en la atención estamos pendientes como de todo; lo que tiene que ver con las remisiones, con la institución como tal, nosotros tenemos un contacto es más cuando el paciente está acá en la ciudad, que requieren una atención, que requieren una

traducción, un acompañamiento, o buscar muchas veces los familiares o cuando fallece el paciente, entonces nosotros hacemos todo el acompañamiento..."E3GOrH,

Para los indígenas residentes en Medellín se debe privilegiar una atención que reconozca su diversidad cultural de acuerdo con el tiempo que llevan en la ciudad, el dominio del lenguaje español, su situación socioeconómica, su adscripción a un régimen de salud determinado y el arraigo a sus comunidades.

Vale la pena mencionar la necesidad reconocida por un gestor occidental de apoyo a los médicos tradicionales (especialmente Inga y Kamsa por sus conocimientos en la botánica y su aplicación a la salud) para que cuenten con los insumos e instrumentos necesarios para el desempeño de su actividad. Al respecto se señala:

"...considero que paulatinamente [los indígenas en la ciudad] van a estar cada vez más en situaciones más precarias. Ahora, [...] se puede hacer [...], atención diferencial de los servicios de salud, [...] es un grupo de población que amerita, especialmente los Inga y Kamsa que tienen una tradición cultural fuerte, son muy fuertes en temas de botánica..."E2GOrH.

Los indígenas gestores, aparte de lo anotado, consideran que además, debe propiciarse una alimentación acorde con las necesidades y características culturales y que la AIC como entidad que aglutina la mayoría de los indígenas, invierte en manutención aunque insuficiente, con lo cual gana reconocimiento social pero pierde financieramente, a diferencia de otras EPS que según afirman, priorizan sus acciones más por las posibilidades de ganancia que por el bienestar. Se afirma que:

"..en la sede de la AIC, [...] no se le cobra, pero [...] tampoco tiene recursos suficientes, entonces, muchas veces se les dice a las autoridades de las comunidades, de los Municipios, [...], hombre traiga unos platanitos para la sostenibilidad, y que las familias manden eso, porque aquí nosotros les podemos conseguir la liga, pero [...] tampoco puede uno sostener, eso desangraría a la organización, [con esas acciones la AIC] gana socialmente, pierde económicamente,[...], pero otras EPS pierden socialmente, pero ganan plata. Por ejemplo [x EPS] ¿cuánta plata tienen recaudada, cobrando copago?, [...] Todo eso es negocio..."E4IGOrH.

Como se aprecia en los párrafos anteriores, la referencia a las acciones de intervención y la preocupación por una atención diferencial en la salud a las comunidades indígenas en Medellín, está presente más en los

gestores tanto occidentales como indígenas, probablemente porque las funciones de las entidades para las cuales trabajan, les recuerdan permanentemente este discurso y este compromiso, del cual tienen que dar cuenta como convicción pero también como estrategia de transparencia. Para los indígenas, esta es una necesidad que de todas maneras tienen que enfrentar como realidad que al margen de las áreas de intervención de las organizaciones, requiere una solución.

3.4.1.3 Funciones de la organización:

Al revisar las funciones que reconocen los gestores, participantes en el estudio, tanto indígenas como occidentales, se pueden identificar y complementar la realización de las siguientes en la ciudad:

-Exigibilidad de los derechos de los pueblos indígenas.

"[una] problemática de fondo, es el tema del hospedaje, el tema de garantizar la seguridad alimentaria, nosotros, entendemos, que políticamente es nuestra responsabilidad de resolver esa cruda realidad, pero también entendemos que muchas instituciones por exigencia del Estado, tienen esa capacidad [...] para inyectar

recursos porque Colombia es un país de todos, [...] el problema [...] es de indiferencia política...."E5IGOrH.

-Apoyo a los indígenas mediante acompañamiento en los trámites para evitar los abusos, la explotación y control de mendicidad. Búsqueda de las familias de indígenas que llegan sin remisión y verificación de la condición de indígenas mediante la revisión de los censos.

"... asociarse para buscar mejoras sociales y culturales en la población indígena que está en el área metropolitana, y eso me parece bastante positivo, muy loable [la Gerencia] ha apoyado mucho a las instituciones para controlar [...] la mendicidad, porque ellos mismos consideran que esa actividad de la mendicidad es muy degradante, [...] para los indígenas"E2GOrH.

-Apoyo a indígenas remitidos de otras instituciones prestadoras de servicios de salud. Verificación de la presencia de indígenas en las IPS de la ciudad y asesoría y acompañamiento en el proceso de atención.

-Establecer la coordinación, desde salud, con instancias nacionales, departamentales y locales así como con las ONG.

"...mi función está en dos miras, uno es hacer un seguimiento y acompañamiento específico a toda la

población indígena que llega remitida de diferentes Municipios, [...] brindar una traducción, la identificación de la necesidad real, que puede suceder en ese momento, tanto para la regulación del paciente, y la ubicación de los familiares, o acompañantes que llegan, la otra función que tengo es hacer acompañamiento también en los Municipios.[...] lidero el tema de Medellín ancestral, para seguir fortaleciendo esa especialidad o el saber propio" E5IGOrH.

-Propender por la recuperación de actores que en los servicios de salud, han apoyado acciones en las comunidades indígenas, por su sensibilidad, conocimiento y experiencia, como son los promotores de salud indígena (ahora auxiliares en salud intercultural). Esta propuesta se justifica mediante apoyo de las instancias gubernamentales, además que permitirá la veeduría para que los funcionarios no indígenas reconozcan las características del servicio intercultural, al margen de su significación numérica y prevenciones.

"...con promotores propios, valorando [...] prácticas y procesos tradicionales y [...] ayudando a que los mismos servicios institucionales mejoraran. En el caso de Antioquia [...] tenemos la mayoría de los indígenas afiliados a la EPS indígena del Cauca, pero los resultados son muy precarios, es decir, una cosa es una EPS en el Cauca donde la mayoría son los Nasa

y Páez, [...] tiene muchos limitantes para prestar estos servicios, en un entorno cultural distinto, [necesidad de adecuar] sus concepciones y métodos a otros grupos étnicos, en eso no han sido versátiles..."E2GOrH.

-Establecer relaciones de coordinación y concertación interinstitucional (educación, salud, ICBF entre otras) para la defensa de derechos.

-Brindar asesoría para la contratación entre la AIC y las IPS en diferentes niveles y con la OIA para el apoyo en la atención diferencial en salud a los usuarios indígenas.

-Establecer el puente entre la Gerencia de Asuntos Indígenas del Departamento de Antioquia y las diferentes IPS. Mediante esta coordinación se determina la pertenencia a una EPS y se controla la captación de usuarios para no desbordar la capacidad de atención.

"...Pero digamos los hospitales llaman, las trabajadoras sociales de los hospitales, generalmente el San Vicente, el General, el Pablo Tobón, la Noel, que son como los hospitales donde más llegan los casos [...] llaman a la Gerencia Indígena y la Gerencia Indígena entonces [a la luz] del convenio firmado con nosotros nos envía vía fax una carta donde dice: por favor recibir al indígena fulano

de tal, procedente de tal parte, que viene acompañado con fulano de tal, que presenta tal diagnóstico y que requiere atención humanitaria en estos momentos. ..."E1GOrM.

-Establecer relaciones con las Instituciones Prestadoras de Servicios, para la búsqueda de condiciones dignas a los indígenas, como casas de paso para hospedaje, traductores, acompañamiento, transporte y satisfacción de necesidades.

"..Entonces, nosotros apoyamos parcialmente la labor de [las Misioneras de Madre Laura para] apoyar a muchos indígenas que vienen de la parte rural, ellas se consiguen muchos recursos de cooperación. [Con ellas tenemos convenios con] a la EPS Indígena, que le hemos propuesto que hagan el convenio con [Madre Laura] para que la atención acá pueda ser mejor y no lo hacen, posiblemente por ahorrarse un peso, [para] manejar ellos también esos recursos...."E2GOrH.

Tanto el derecho a la salud como los derechos sociales en general, son reconocidos como ejes fundamentales del Estado Social de Derecho y como asunto que los ciudadanos, en este caso los indígenas y los gestores, deben reclamar a las organizaciones como parte de sus funciones esenciales a ejecutar de manera integral.

3.4.2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

Las instituciones más reconocidas en la ciudad, por los participantes, para la atención a población indígena son Hospital San Vicente de Paul, Hospital General de Medellín, Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital La María, Centro de recuperación nutricional Santa Ana. Algunos obtienen la atención a través de Cajas de Compensación como Comfenalco, Comfama, muy pocos con Caprecom, puesto que muchos de los que eran atendidos por esta entidad fueron inscritos en Cafesalud. En general la mayoría de los indígenas están afiliados a la EPS Indígena del Cauca - AIC-. Dado el carácter de estudiantes universitarios de algunos de los participantes en el estudio, reconocen explícitamente la existencia de la IPS Universitaria, puesto que es en ella en la cual obtienen la atención de urgencias en la ciudad y es administrada por la Universidad de Antioquia, sin embargo cuestionan el horario durante el cual pueden solicitar servicios y el tiempo en el que pueden hacer usos de los servicios de la IPS, sólo funciona para ellos mientras está vigente la matrícula..

3.4.2.1. Funciones de las IPS

Más que los participantes indígenas, los gestores y los indígenas gestores se refieren a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, esto fundamentalmente porque este tipo de entidades son referentes para la coordinación o gestión de la atención en salud y la preocupación de los participantes indígenas es por el servicio que reciben.

En este sentido los gestores, reconocen actividades principales que deben realizar las instituciones, como las siguientes:

Ofrecer actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y coordinación con los entes departamentales y locales para las mismas; privilegiando como funcionarios en estas actividades, a los Promotores de Salud indígenas por la cercanía cultural y lingüística con sus comunidades.

La AIC como ente que aglutina a la mayoría de los indígenas, y como entidad responsable de la coordinación y asesoría en salud para estas comunidades, contrata la atención con instituciones de salud de diferente nivel de complejidad y con la OIA lo referente a la expectativa de atención diferencial para los pueblos indígenas, puesto que las

instituciones en su mayoría ancladas en lo occidental, no tienen esta preocupación. Las IPS deben estar en capacidad de cumplir con lo pactado en las contrataciones.

Agilizar los procesos de atención mediante el acompañamiento requerido por los indígenas en la ciudad. Solicitar a la Gerencia Indígena, con mediación de sus Trabajadoras Sociales, la verificación de contratos y la orden para atender a los usuarios.

3.4.2.2 Aplicación de la normatividad:

La normatividad existente acerca del funcionamiento y su aplicación, se torna en uno de los obstáculos para el acceso a los servicios, cuando el usuario, según los funcionarios que lo atienden no cumple con los requisitos para la atención, o cuando no se encuentran los soportes en las bases de datos que verifican antes de prestar el servicio. Este tipo de obstáculos iniciales se superan una vez se verifica su cumplimiento por parte de los usuarios indígenas.

Las evidencias relatadas por los participantes del estudio, tanto indígenas como gestores e indígenas gestores, se preocupan por superar la mirada desde la normatividad

existente, hacia su aplicación, incluso en el Sistema actual se reclama coherencia entre la norma y su aplicación, con los principios de universalidad, eficiencia y calidad que orientó su diseño. Tradicionalmente se ha contado con normatividad dirigida a mejorar condiciones de vida de los indígenas, pero no se ejecuta, “se legisla, pero no se aplica”. Es el caso actualmente de la Ley 1438 de 2011 (46) que se refiere a la adecuación al SGSSS, que aún siendo general para todos, los gestores reclaman su aplicación para los pueblos indígenas, haciendo referencia específica a dicha Ley. Los testimonios se orientan en el sentido anotado, es así como se encuentran quienes reclaman a la norma los siguientes aspectos:

La preocupación por la adecuación de los servicios de salud congruente con las características culturales de una población diversa, así como de la infraestructura necesaria para este fin. Ello orienta a la comprensión de las necesidades del ser humano en forma holística.

“... es que las actuaciones o las intervenciones que hacen muchas instituciones, en la población indígena [...], ciertos funcionarios, [lo hace acorde con el] protocolo, desde el marco de la política de la institución; si lo hicieran desde el marco de la diversidad habría esa aceptación, es que la institución no es digamos la

infraestructura, la institución son los mismos funcionarios, que cumplen unos lineamientos establecidos..."E5IGOrH.

En Antioquia, una preocupación importante será, recuperar o capacitar promotores indígenas como "auxiliares de salud intercultural" que consideren las características de la población indígena de las diferentes regiones para obtener criterios para hacer el seguimiento a los servicios que ofrecen las instituciones de salud.

"... la AIC simplemente viene apoyada por la organización indígena más desde una postura política, y [...], uno no le ve un esfuerzo de estar realmente estudiando la medicina tradicional, valorando qué sirve, qué no sirve, si no que se quedan en un discurso..."E2GOrH.

Aunque la AIC es reconocida como la EPS que aglutina a la mayoría de los indígenas, debe pensarse en las diferentes IPS con las que se hace contratación y la exigencia de la adecuación de sus servicios, a la interculturalidad, en el caso de la EPSI del Cauca, no sólo priorizar la adecuación a sus grupos mayoritarios procedentes del sur del país.

"... en el caso de Antioquia, donde hay una institucionalidad diferente [al Cauca], más calidad técnica en temas de salud, [en el Cauca] se han quedado colgados administrativamente, [uno no ve] que

estén adecuando [...] tienen acuerdos con la OIA [y esta Organización] tiene una IPS indígena y uno no encuentra que se esté dando un esfuerzo sistemático por ver [...] el estado de la salud indígena, [en la AIC] se han limitado mucho a ser intermediarios de los recursos de salud. ..."E2GOrH.

Con respecto a los recursos que se obtienen de los presupuestos de diferentes niveles de la administración, algunos participantes sugieren hacer una veeduría más estricta, que se preocupe no sólo por su obtención, sino también por la existencia de programas adecuados en sus lugares de origen que redunden en menor traslado y remisión de usuarios a los servicios que ofrece la ciudad.

"...que se hagan programas preventivos en las mismas comunidades para que no tengan que llegar a los hospitales. Y lo otro es [respecto a] los costos de la EPS indígena del Cauca, que no les interese [...] tener superávits, como otra empresa, [la que sea], si no que esa misma plata, que de alguna manera les queda por administrar [...] se invierta en los indígenas,..."E3GOrH.

La función de coordinación intersectorial e interinstitucional que se vislumbra desde la normativa, no es realizada en la práctica, por lo cual la remisión y contrarremisión es un problema al cual se abocan los

indígenas tanto al cambiar de sitio de atención, como con efectos en el regreso. Esto tiene consecuencias en la racional utilización de los recursos y de los esfuerzos institucionales.

3.4.2.3 Tipo de afiliación:

Esta es una preocupación más evidente en los relatos de los indígenas participantes, que de los gestores, pues se encuentran abocados a diario a la validación de su afiliación, sea mediante un carné, o mediante una carta que verifique la condición de indígena (ésta anclada en la pertenencia al censo indígena), proceso que es necesario realizar permanente, de acuerdo con los pasos en los cuales se cumple, circunstancia que retrasa o dificulta el proceso plasmado en el siguiente testimonio:

"...en la comunidad, en el resguardo, [...] una partecita están afiliados en la AIC, entonces cuando un paciente se enferma, [...] van al hospital donde tienen que tomar[...] rayos x, mujeres embarazadas que tienen que ir a controles pero dentro de mi comunidad hay un local de salud, ahí están las enfermeras [...] y un médico que viene del municipio pero a diario, entonces, si [...] ellos ven que una materna está en alto riesgo [...] tienen que ir a buscar el hospital, porque [...] en el local del puesto de salud no se puede tener el bebé, ahí no se puede

atender una materna, porque ahí no están todos los implementos especiales para la atención del parto, entonces más que todo los mandan al hospital..."EI9EM.

Los efectos de traslado a la ciudad de Medellín, significa traumatismos por la exigencia de un carné que certifique que pertenece a la IPS, en caso contrario generalmente luego de la atención de urgencia les solicitan su cambio de la afiliación a Medellín para acceder a otro tipo de atención, lo cual no siempre es posible para una población que tiene carácter de flotante.

"[En el Putumayo] tenía que desvincularme allá para poder ingresar acá, bueno mi mamá hizo como toda esa gestión pero es que desde mi pueblo eso va hasta Mocoa, que es como la capital, como donde manejan todo eso, y esta es la hora que todavía no me han solucionado eso, ya como dos años, por eso no me podía vincular con una EPS, entonces me quedé con la hoja del Sisben..."EI2IM.

No sólo es traumática la exigencia de carné vigente en la ciudad, sino los cambios permanentes de contratación entre EPS e IPS, lo cual lleva a afrontar problemas diversos, como cambios de instituciones, de políticas institucionales, el reconocimiento de la ciudad, los costos y los cambios de funcionarios que los atienden.

"...Porque la ponen a seis meses y cuando ya están los seis meses [...], me tocaba en la León XIII y resulta que el día de la cita, me dicen "No el médico no puede atenderlo que ya [su EPS] terminó el contrato con él y no puede." Entonces siempre es así, me van llevando así. Y ayer siquiera llame [a EPS] me autorizaron para una cita aquí [...] para micología, entonces la pedí ayer y me contó la muchacha que ya, eso no lo cubrían, con la EPS no, que eso era con ARS riesgos profesionales..."EI6QPH.

En el caso de los estudiantes indígenas, en las entrevistas grupales se reconoció la existencia de la IPS Universitaria, la cual cubre actividades contempladas en el POS, pero tampoco con la carta indígena se puede acceder a otros servicios. Es por eso que deben recurrir a otras alternativas. Afirman lo siguiente:

"...bueno yo me enfermé de un problema en la columna, tengo un problema de hernia discal, y estaba haciendo todo lo posible por ir al médico y, por medio de la universidad me hicieron las radiografías para ver que tenía [...] me hice los exámenes por medio de la universidad de la IPS, luego como nosotros somos del cabildo [...], cuando fui donde el ortopedista [...] me dijo que había que hacer una resonancia discal sin contraste][...] me dijeron que no, que no había posibilidades de eso, [...] que eso no lo cubría la carta entonces que me toco [...] irme para Riohacha porque allá de una u otra manera la familia colabora" EG4.

La verificación del derecho a la atención, mediante la existencia de un carné vigente, y reconocido por el lugar en el cual busca el servicio, se torna en un aspecto traumático, para el acceso oportuno y la conservación de la salud, cuando las mismas EPS están en permanente cambio de contrataciones con instituciones de salud diversas. Esta es una preocupación neurálgica en la que coinciden los diversos participantes y orienta a una expectativa, que como se verá en el apartado correspondiente, se relaciona con un carné con vigencia nacional, o que dé prelación a la atención de los indígenas en cualquier parte del país.

3.4.3. Voces relacionadas con la experiencia de la atención.

Como se expresó antes, la respuesta social no organizada está basada en la medicina tradicional o ancestral. Esta no existe en la concepción del sistema de salud formal, es reconocida por los participantes del estudio como excepcional en la ciudad. Los indígenas, enfermos o residentes, recurren a ella por la creencia en la ineffectividad del tratamiento al cual están siendo sometidos, cuando encuentran la presencia de algún

médico tradicional de paso por la ciudad o buscan su desplazamiento desde su lugar de residencia.

De otro lado, cuando sienten que las intervenciones o tratamientos occidentales afectan su manera de vivir, en lo relacionado con la espiritualidad, buscan atención o complementación con lo tradicional, sea a través de un actor o una práctica específica.

Generalmente estos actores ancestrales, como también en la medicina occidental aunque en estos con menores posibilidades, buscan que el reconocimiento propio o desde la experiencia de sus familiares, sea el valor principal que oriente la búsqueda de ayuda. Cuando recurren a respuesta no organizada en la ciudad, se trata fundamentalmente de botánicos ya establecidos, cuidando que sea alguien confiable y conocido, de lo contrario correrían el riesgo de la charlatanería con efectos adversos en su salud.

3.4.3.1 Servicio occidental

La búsqueda de la atención a la salud para los indígenas en la ciudad de Medellín, implica consecuencias desde la remisión o por voluntad propia, esto significa cambios en el tipo de medicina a la cual tienen que

adscribirse en la ciudad, o en las cabecera municipales de su localidad, cambios anclados en los aspectos socioeconómicos y culturales, porque significa un conflicto real o latente con la vida en sus lugares de residencia habitual.

Uno de los cambios se relaciona con la representación que tienen de la salud, la cual recupera la armonía entre lo espiritual, lo físico corporal y la relación con la naturaleza que le rodea. Significa una ruptura con los principios que orientan la vida y la relación con su cuerpo, para centrarse en los procesos de enfermedad y su tratamiento, una estrategia de cuidado y recuperación de la salud diferente al que están acostumbrados o al que reivindican desde su cosmovisión.

Afrontar un tratamiento que rechaza la complementación de lo propio y lo que ofrece la ciudad de Medellín a través de las instituciones organizadas en la respuesta social occidental tiene consecuencias en los procesos de salud/enfermedad/atención.

3.4.3.1.1 Percepción acerca de costos y precios de la atención.

El desplazamiento y la búsqueda de atención significan para los indígenas y según los gestores tanto occidentales como indígenas una

responsabilidad económica que incide en los limitados presupuestos con los cuales afrontan su salud en los lugares de residencia, además, como se señaló al inicio de la presentación de estos resultados, los indígenas no tienen acceso a las estrategias que ofrece la ciudad, como los préstamos, sean institucionales o personales, por carecer de garantías para respaldarlos. Aparte de que en su sistema cultural esto no es lo que acostumbran. Estos aspectos se concretan en un costo al cual desde su cultura no tienen porque recurrir.

En las evidencias de indígenas participantes, la consulta está disponible con limitaciones, en las urgencias y en las instituciones de salud con las cuales sus EPS tienen vínculos, sin embargo el acceso a consulta particular no es posible por el alto costo. Además reconocen que en la medicación no tienen acceso a los tipos de medicamentos que ofrece la medicina prepagada, con su Plan Obligatorio de Salud –POS-diferencial, sólo acceden a los medicamentos que reconocen como menos efectivos y baratos, no a la que consideran necesarios en sus casos. Es así como se encuentra quien afirma que:

"... cuando yo estoy enferma o mi esposo, pues, yo tengo que irme a donde estamos afiliados [...], a uno no le dan ese remedio, lo que uno necesita, porque muchas

veces [...] le dan sino, unas pastillitas de esas, la más baratica,[...] Acetominofén [...], y otra pastilla es dólex, como por entretener el dolor.[...], yo me pienso así, como los indígenas, o como otras gentes de ustedes, somos de pocos recursos, entonces ellos despachan [...], lo más barato, porque si se va uno a una consulta [...] con el bolsillo de uno [con qué paga?]..."EI1EM.

Los gestores, coinciden con las afirmaciones anteriores de los indígenas, pero explican esta circunstancia, como la carencia de un enfoque social en la aplicación de la Ley 100, en contravía de la concepción de la norma que recomienda la calidad y la universalidad en la atención, como dos de los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (50). En sentido similar, desde los indígenas gestores se encuentran voces que se refieren a la imposibilidad desde la normatividad de que las EPS paguen hospedaje, acompañante, alimentación y transporte, aspecto que la ley contempla (45), otra explicación es que esta normatividad no se cumpla. Al respecto algunos manifiestan:

"... los funcionarios o ninguna de las instituciones tienen en cuenta, [...] programas [...] que puedan garantizar a un acompañante hospedaje y alimentación y

transporte, porque entendemos que los lineamientos [de] la Ley 100, no tiene ese enfoque, [...] social, es de comercio, o es de comercializar su producto por lo tanto tiene que ganar y no perder, y una institución que hace trabajo social, muchas veces pierde,..."E5IGOrH.

Se recurre a asignar a los altos costos de los tratamientos muchas de las falencias en la atención, como una reacción a las percepciones que en este sentido manifiestan los usuarios fundamentalmente relacionadas con una atención integral. Pero también hacen la relación entre los presupuestos de las organizaciones y los altos costos de los insumos de la atención.

3.4.3.1.2 Estrategia de diagnóstico:

Los participantes en el estudio, sean indígenas, indígenas gestores o los gestores no indígenas, se refieren a este aspecto de la atención en salud en la ciudad. Los primeros se refieren a la relación con el médico, a la manera como lo auscultan, a la palpación y a los recursos para los exámenes, según el tipo de dolencia, al tiempo para asignar una hospitalización, según el tipo de enfermedad, al número de viajes que requieren para obtener ese diagnóstico. Reconociendo que en el ingreso por urgencias implica menos tiempo de espera. Es así como manifiestan:

"...a mí los médicos no me caen bien, porque [en la atención] o una doctora que me atienda, que, mi cuerpo, que se volteen como, como un huevo revolviendo [...], que me voltee mi cuerpo a ver así es como lo que pueden ver, [...] me dicen que mi cuerpo no hay y que, ese dolorcito, me mandan pastillitas, tomo esas pastillas, a los tres días me vuelve, entonces para mí la salud es, yo no sé, no tengo donde quienirme yo, donde un médico, especialistas o donde me puedo ir, ese es mi problema..." EI1EM.

"...desde que llegué acá a Medellín sufrí un accidente en la universidad y quedé con una escoliosis leve entonces cuando el dolor me da es tan fuerte que me tienen que hospitalizar, porque el único medicamento que me calma es el Tramadol pero soy alérgica [...], entonces tengo que estar en proceso de observación mientras que el doctor pasa, la última vez hace un mes estuve hospitalizada dos días [...] me atendieron a las dos de la mañana, [llegue] desde las nueve de la mañana..." EG3.

Otro aspecto conflictivo para los indígenas tiene relación con la mala información o incluso tener que recurrir a denuncias ante la Dirección Seccional de Salud por atención incompleta y violación del derecho. Se encuentra quienes afirman:

"...no sabía que tenía, porque tenía mil cosas, tanto los especialistas me examinaron y dijeron que tenía LES,

Lupus Eritematoso Sistémico, bueno, ya al tiempo me hallaron que tenía, pero era cada vez más mal, mal, malísima, inclusive decían que me iba a morir, como pa' que me digan que uno se va vivir, como pa' que me digan que va a morir es muy difícil, eso fue hace como 5 años..."EI2IM.

"¿Por qué hacemos la demanda inducida? Porque la institución no va, entonces a nosotros nos toca, sentarnos con la institución, programar con ellos, y decirle: vea es que nosotros revisamos el carnet de los niños en las comunidades y mira que el esquema no está completo; eso inclusive lo denunciemos hasta en la Dirección Seccional..."E3GOrH.

Los aspectos consignados, llegan incluso a incidir en la molestia por las relaciones en la búsqueda de atención, esto los lleva incluso a rechazar a algunos actores del sistema de salud, al compararlo con la atención "tradicional". Se encuentran evidencias como las siguientes:

"En la medicina propia [...] la atención es completa, [...] Porque yo tengo que atacar la causa, y no el efecto, [...]. Hombre, y hacemos las brigadas de salud, vamos a las comunidades indígenas, y la gente "Ah sí, tiene dolor de cabeza, y tiene gastritis, ah bueno, entonces le damos milanta y acetaminofén" listo, y a los 15 días, vuelve con lo mismo ¿Qué paso ahí? Resulta que tienen hambre, no tiene comida, y yo le doy más veneno al organismo, y se me mueren

más, entonces, mire, la atención en salud tiene que ser así..."E4IGOrH.

El diagnóstico, implica para los usuarios participantes una relación traumática con los funcionarios del sistema, en este caso los profesionales, no sólo por el respeto que esperan en una relación que reconozca el diálogo de saberes, la comunicación, el buen trato, la integralidad complementando los servicios con aspectos desde su visión cultural de la salud. Esta relación lleva hasta el rechazo de los sitios de atención, considerándolos como un recurso extremo.

3.4.3.1.3 Por una atención con calidad.

Aparte de lo consignado acerca de la percepción de la atención en salud desde la medicina occidental, relacionado entre otros aspectos con los costos y precios y la estrategia de diagnóstico, una de las preocupaciones fundamentales hace referencia a la búsqueda de una atención humanizada, considerando que a veces la demora en las citas hasta el extremo de que luego de luchar con el dolor llega a la atención cuando ya han mejorado. Además reconocen que en los centros de atención encuentran malos tratos, algunos se refieren específicamente a los mandos medios, incluyendo en ellos hasta el portero de la institución

"... como uno más del montón, y no lo trata como [...] humano, entonces uno tiene que escucharlo, [...] lo necesario, por ejemplo ni siquiera le explican ni nada, y para mí, y si sería visto desde mi comunidad, es como un atropello, porque nosotros podemos ser, [...] muy humildes, porque cuando uno dice, cuando uno tiene el conocimiento yo voy al médico o al enfermero y no pues yo llevo la manito de dios, y lo que ellos digan, pues eso es..."EI2IM.

"... con el trato de los mandos medios, ellos son los que lo tratan mal a uno, desde el portero hasta el cajero, toda esa gente, son los que nos tratan mal, los médicos ya su estudio, su educación ya es diferente el trato...."EI10QPM.

Existen también indígenas que dada la circunstancia de residir por muchos años en la ciudad, afirman haberse sentido bien atendidos, relacionando esta percepción también con el tipo de instituciones de salud que frecuentan. Un participante se refiere a la atención en los siguientes términos:

"...la atención para los indígenas, [...] a mí me ha parecido, bueno siempre tiene sus cositas malas pero, uno las sobrelleva con todo lo bueno [la droga, la atención de hospitalización], es muy buena a nosotros nos mandan o al San Vicente o al Hospital General y en esos dos hospitales la atención es muy buena entonces no, no hemos tenido queja..."EI10QPM.

Los indígenas gestores, posiblemente por el conocimiento de más experiencias, hacen reflexiones más complejas, se refieren a servicios específicos, o justifican las afirmaciones en las posibilidades que la normatividad establece para las IPS. Tienen un abanico de experiencias para comentar:

"...porque en el tema de salud y los hospitales, son muy estrictos de cumplir sus protocolos, si la norma dice que eso es una actividad que no lo cubre el carné, por lo tanto entonces el indígena, tiene limitación a acceder a ese derecho integral[...].El hospital por muy reconocido que sea internacionalmente, [...] no está todavía en condiciones de suministrar un servicio de calidad, [...] desde el punto de vista clínico...."E5IGOrH.

"...la atención aquí no es buena, [...] el proceso de remisión donde muchas veces, se requiere urgentemente trasladar al tercer nivel, entonces muchas veces no hay camas..."E4IGOrH.

El gestor occidental, centra más su atención en el modelo de sistema de salud dominante y su interés por la ganancia, circunstancia que deja de lado el derecho para centrarse en el mercado, diferenciando los usuarios por su condición socioeconómica. Se encuentran entre los gestores afirmaciones como las siguientes:

"... ustedes saben que el modelo en salud de nosotros, ni para usted le sirve, ni para mí ni para nadie, ¿cierto? Váyase usted consiga una cama ahora [...] rápidamente, es que todos hemos pasado por esa tragedia [...] del modelo, y desafortunadamente eso afecta también, claro, si afecta al que paga, imagínese al que no paga, al que supuestamente está pues subsidiado por el Estado..."E3GOrH.

"...tampoco hay un seguimiento de parte de la institución, o sea no hay una atención integral, para usted decirle, vea, usted tiene una tuberculosis muy brava, entonces el tratamiento, es este, [...], entonces [no] se da un seguimiento hasta ver si usted ya terminó la tuberculosis o no, porque el indígena vive muy lejos, en la institución no va hasta allá..."E3GOrH.

3.4.3.1.4 Percepción relacionada con la discriminación:

Las evidencias contienen testimonios en los cuales se manifiesta que en la ciudad se desconoce la diferencia, manifestaciones en las cuales se encuentra una dificultad para el reconociendo de la "otredad". Funcionarios y en general actores de los servicios se orientan por una atención centrada en lo hegemónico, no tienen conciencia de la necesidad de reconocer la diferencia, predomina en sus acciones la orientación hacia

las mayorías. Los indígenas reivindican el derecho a sentirse y actuar de acuerdo con sus costumbres y usos. Se encuentran afirmaciones como las siguientes:

"Hay muchas evidencias reales, y documentadas, cuando llega un indígena sólo, puede estar digamos, en el último minuto pues de fallecer [...], ese indígena, o sea, ni siquiera preguntan de dónde viene, que necesita, todo el mundo pasa por encima, sin saludar, [...] A veces hay gestos, de reproche, hacia ese indígena de muchos funcionarios por muy especializados que sean en otros países..."E5IGOrH.

"...la atención [en Medellín] se centra en lo económico, no tienen la comprensión lingüística, [...]. La relación de salud que establecen los funcionarios de salud con los indígenas [no sólo de la AIC]. Si es para hablar con el gerente, él está escondido [...], la relación es con auxiliares de enfermería, [...] hay personas que a veces tratan mal a los indígenas [...] ah otra vez los indígenas que huelen tan maluco, que andan con perros y gatos, [...] cuestión cultural o sea, eso no se respeta..."E4IGOrH.

Según afirma un gestor Emberá, residente en la ciudad por mucho tiempo y estudiante universitario, para los indígenas que vienen acompañados por alguien que conoce la ciudad, que tiene manifestaciones externas que lo acerca a los habitantes

de la ciudad, o que conoce la normatividad y las características de los servicios que deben ofrecer las instituciones, la situación es diferente:

"... cuando es acompañado, [...] la situación cambia, [porque] uno tiene nociones, de los principios bajo el cual debe de trabajar un centro hospitalario, y eso hace que el servicio no sea el mejor, pero si hay una rápida atención que puede tardar de dos a tres horas, como si se va sólo puede tardar 5, 6, 7 horas..."E5IGOrH.

Como se analiza a continuación, la respuesta social no organizada o espontánea, en este trabajo reconocida como "tradicional", sólo existe en la ciudad como excepción; los indígenas recurren a ella cuando sus problemas de salud, sus convicciones acerca del tipo de servicio que buscan, y las posibilidades lo permiten.

3.4.3.2 Acerca de la atención tradicional:

Se ha considerado que la atención tradicional o ancestral en la ciudad se ha relacionado como respuesta social espontánea, y surge desde la concepción de los usuarios indígenas y las posibilidades de encontrar los servicios en Medellín.

3.4.3.2.1 Por concepción:

Aunque lo tradicional se encuentra permeado por el espacio de relaciones en el cual se presenta, o sea no es en el estado de pureza con que a veces se trata de analizar.

"... la entidad como tal presta sus servicios [...] igual como para cualquier persona, porque tampoco tiene establecidos dentro de sus protocolos una atención con la diferencia para este tipo de personas que tiene una cuestión cultural distinta..."E3GOrH.

Existen entre los participantes del estudio quienes se centran fundamentalmente en la concepción que orienta el accionar en salud, más que en los tratamientos, algunas voces hablan de necesidad de una visión integral de la salud, no fragmentada como consideran lo hace la medicina occidental, que en el caso colombiano, según alguien, calla a quien piensa distinto con respecto a la salud, la enfermedad y la terapéutica. Es así como se encuentran testimonios como el siguiente....

"... a veces se tiende a idealizar una u otra medicina y los dos extremos son malos, [...] entender que respetar la medicina tradicional, significa como desvalorizar la medicina institucional occidental, y es un error..."E2GOrH.

"...en Colombia, sucede todo lo contrario [que en algunos estados de México frente a la integración de sistemas], el especialista, es el que le da las instrucciones o es el que calla a una persona que tiene también una alta experiencia de formación, no desde la universidad sino desde su propia vivencia, entonces en el tema de salud deberíamos resolver toda esa problemática para poder llegar a un servicio digno y un servicio que el paciente desearía..."E5IGOrH.

Los indígenas gestores reconocen en sus prácticas tradicionales una estrategia que esté acorde con lo sano, lo no contaminado, lo no químico, lo no procesado, en general lo que hace bien, por su relación con la armonía con la naturaleza, de la cual procede.

No se trata sólo de bebidas o intervenciones, sino estrategias que reviven el bienestar y la relación con la madre tierra, el sentido de pertenencia y la relación con la cultura propia. Es así como se encuentra quien afirma....

"...sí no crecimos o estamos viviendo al aire libre, el médico ancestral nos hace un baño, y con eso ya estamos recuperando todo el cuerpo, no una parte, entonces tenemos una visión integral, mas no una visión fragmentada, ahí es la diferencia..."E5GOrH.

Para algunos de los participantes indígenas, la reminiscencia de sus actores tradicionales y del acceso a los mismos en épocas pretéritas, lleva a afirmar su reducido número actualmente, pero también su efectividad mediante tratamientos naturales, y su anclaje en la espiritualidad. De igual manera el reconocimiento de la importancia de la alimentación sana para evitar la enfermedad o mantener la salud. Las anteriores constituyen estrategias que reivindican en las prácticas en salud, es así como se encuentran las siguientes voces....

"... como si usted cree en lo espiritual, en todas limpiezas que a usted le hace, eso contribuye, [...] en lo espiritual usted sabe que le dieron la mano, pero usted no tiene otra cosa porque preocuparse, que si se va a morir, usted sabe que al menos está en paz con su conciencia y con usted mismo..."EI2IM.

3.4.3.2.2 Por estrategia de diagnóstico:

Los procedimientos mediante los cuales los actores del servicio tradicional realizan los diagnósticos, la relación que establecen con los médicos y con los tratamientos, son algunos de los aspectos a los cuales se refieren los indígenas cuando hablan de la medicina tradicional, en muchos

casos como una reminiscencia de lo que tienen en sus comunidades, en otros como lo que de manera excepcional encuentran en la ciudad. Es así como se encuentran afirmaciones como las siguientes:

"...entonces uno dice no, uno con tanto sufrimiento en un hospital, [...] que no es el de uno, con unas presiones que no son de uno, porque así sea que mucha gente vea lo tradicional como lo que no sirve, como lo que no tiene cosas científicas, como lo que usted diría, no, yo no sé, mi dios es muy grande que lo tiene pues vivo que usted se hace eso y sigue pues como ahí..."EI2IM.

"... el taita lo atiende a uno más rápido, está uno ahí, hay más confianza, le va a decir usted tiene este problema, los medicamentos que se los va a mandar, entonces le mandan unos medicamentos que él cree que son bien ¿si me entiende? Y también porque ahí eran más tradicionales y recetas de origen curativas, lo que pasa es que se ha acabado mucho eso de [...] muy pocos ya quedan..."EI5QPH.

En las voces consignadas, no sólo se aprecia una reminiscencia de lo que se pierde al reemplazar la representación de salud propia, por la que predomina en los diagnósticos que ofrece la ciudad. Se reivindican tanto los diagnósticos como los tratamientos propios y con esto se reacciona contra la lógica del sistema.

3.4.3.2.3 Actores del servicio:

Como se ha consignado, se reconoce la existencia de una respuesta social organizada y otra espontánea, es importante recalcar que la diferenciación de la respuesta quedaría incompleta sin el reconocimiento de los actores que la hacen posible, sean estos profesionales de la salud, o funcionarios que permiten que el sistema se implemente o avance. No sobra señalar que las voces que se refieren a los actores tradicionales en la ciudad, lo hacen afirmando su excepcionalidad, o la búsqueda en sus comunidades.

Profesionales de la salud o médicos tradicionales:

Los indígenas reconocen como actores fundamentales del servicio de salud occidental en las localidades cercanas a sus comunidades y en ciudad de Medellín, a los médicos generales y especialistas, aunque no es común encontrarlos en sus localidades, por lo cual los buscan en las capitales de departamento cercanas o en Medellín y otros funcionarios del sistema como son las enfermeras, fundamentalmente, aunque no siempre tienen confianza en la atención que les brindan. Es así como

se encuentran testimonios de indígenas que expresan:

"...a mí en el pueblo me atendían pero médico general, pero no de especialista ni nada de eso, entonces tocaba ir a Pasto donde es la central, donde queda todo, con gran dificultad se llegaba a Pasto, pero también problema de carné, con mi mamá ha sido muy duro, allá a todo el mundo han dejado tirados,..."EI2IM.

"...yo [...] puede ser que me esté muriendo pero con ése médico no me trato, entonces a donde yo voy, por ejemplo a mí me tocó aquí en la León XIII, yo digo, sinceramente, si es así prefiero morirme en mi casa, porque, vea, hubo un código azul, y el médico llegó al rato, cuando ya llegó, ah, se murió porque le dio [...] un paro respiratorio,..."EI2IM.

Cuando encuentran o les recomiendan el servicio de un médico tradicional en la ciudad de Medellín, como este personal no es fácil o común encontrarlo allí, no tienen la confianza para buscar su servicio, pues este sentimiento es garantía de una atención con calidad, este tipo de médicos los encuentran fundamentalmente en sus comunidades, además que los tratamientos recomendados por ellos no son accesibles en la ciudad, aunque en casos extremos los traen a la ciudad para procesos específicos relacionados con sus valores tradicionales:

"..No [voy donde un Chamán o un curandero en Medellín] y me han recomendado, no [pero no voy]"EI6QPH.

"... [la atención tradicional en Nariño] Si era buena [en Medellín] uno no puede encontrar [...] esas yerbas que encontraban allá en Nariño[...]. Hay yerbas que son oriundas de allá y no las venden por acá, allá en Nariño se toma mucha agua de chica y aquí no hay..."EI10QPM.

"...pero [para los médicos tradicionales] tienen que dar el aval es el gobernador de la comunidad y también la asamblea comunitaria porque no, yo sola no [busco] médico tradicional, no, tiene que tener el aval el gobernador y después la comunidad,..."EI9EM.

Los indígenas gestores se refieren a la necesidad de incentivar la existencia de los médicos tradicionales en sus comunidades, porque tienen prácticas y horarios que son acordes con la vida en esos lugares, esto evitaría el traslado de los indígenas a la ciudad en búsqueda de atención con efectos negativos en la calidad de vida.

"... hay que estimular a los médicos tradicionales; los médicos tradicionales [en sus comunidades] se levantan a las 4 de la mañana y están regresando a las 4 a las 5 de la tarde..."E4IGOrH.

Desde la visión de los gestores occidentales, hace algún tiempo, había menos problemáticas de salud en los indígenas, las manifestaciones eran manejadas desde su cosmovisión, por sus médicos tradicionales, fue una práctica que en ese sentido dejó resultados positivos. Con la emergencia de otro tipo de males a la salud, no reconocidos por lo tradicional, son remitidos a la ciudad, o buscan la atención por iniciativa propia, pero esto implica que cuando saben, de la presencia cercana, aunque esto es ocasional, de un médico tradicional reconocido, buscan la atención de sus curanderos nuevamente.

"...unos veinte años atrás, primero, había menos problemáticas de salud en los indígenas y por lo tanto [...] eran manejadas desde sus médicos tradicionales: sus Jaibaná, sus yerbateros, sus parteras, [...] desde la medicina tradicional como tal [cuando necesitan atención en la ciudad] en vista de que tampoco lo de aquí funciona vuelven y buscan a ver si les dicen de un Jaibaná potente y ellos los buscan donde sea necesario y consiguen lo que necesiten para tratar de acceder a ese Jaibaná potente en aras como de mejorar sus condiciones de salud..."E1GOrM.

Los mismos tratamientos recomendados por el médico occidental, en caso de poder confrontarlos desde la mirada de un médico tradicional, se hacen y es

probable que cambien la medicación, con efectos que pueden ser los esperados.

"... muchos de ellos por ejemplo, cuando llegan con toda esa mano de pastillas, uno sabe que el botánico les dice "No, bote esa bobada, pa' que se va a contaminar con eso, venga yo le doy esta cosita pa' que se alivie" y los cura..."E3GOrH.

Este tipo de actores tradicionales es necesario apoyarlos, pero con el debido cuidado, para que el apoyo sea a la persona indicada, no a un charlatán que se pueda estar haciendo reconocer. Otros tipos de apoyos a los actores del servicio tradicional, debe ser con cuidado de no descontextualizarlos, no es posible que esas prácticas funcionen en los espacios adecuados para la práctica occidental, por su organización, técnicas y horarios, la lógica mediante la cual se organizan los servicios es diferente. Se encuentran, entre otras, las siguientes afirmaciones:

"Algunos [médicos ancestrales] ya han sacado [registro médico], para nosotros puede ser un asunto muy peligroso, [...] porque puede haber mucho payaso..."E3GOrH.

"Hay unos que son las dos cosas, botánico y [...] otros que [...] se especializan sino en los espíritus, no más para eso; y eso no se puede hacer en un puesto de salud, [...] porque ellos tienen que salir a buscar sus

plantas, a ciertas horas, ciertos días, en ciertos momentos de la luna, y eso no le funciona a todo el mundo..."E3GOrH.

"También hay payasitos pues botánicos, que no saben, que adivinan, pues, como en toda parte, así como tenemos médicos adivinadores también tenemos en la otra parte, pero ellos si lo combinan, muchas veces lo combinan..."E3GOrH.

En caso de buscar la complementariedad de estas dos estrategias de atención se requieren adecuaciones que van desde la adaptación de los servicios, hasta procesos de capacitación y normatividad pertinente acorde con los requerimientos de las dos cosmovisiones.

3.4.3.3 Apreciación acerca de las organizaciones reconocidas:

Dado que no se recolectó evidencia específica por función, se integran con el carácter de actores las organizaciones reconocidas por los gestores indígenas y occidentales, como entidades clave para la atención en la ciudad, las casas de paso con sus servicios y funcionarios para un reconocimiento de un servicio con

calidad, o para velar por la calidad de vida de los indígenas en Medellín.

"...Los del cabildo Chibcariwak, [...], otro cabildo urbano aquí en Medellín, que prácticamente es [...] como aparte de nosotros. Somos amigos con algunos dirigentes, pero de ahí para allá no más..."EI3QPH.

En el sentido anterior, un actor institucional reconocido por los gestores son los cabildos indígenas (Chibcariwak, Quillacingas- Pastos, y Universitario), aunque refieren relaciones de conflicto en lo relacionado con las funciones, con la disponibilidad de recursos, con la coordinación, con la falta de actividades conjuntas, circunstancias que inciden en la prestación de los servicios y en la racionalización del uso de los recursos; en lo personal cuentan con buenas relaciones. Relatan además los nexos con Organización Indígena del Cauca y la Organización Indígena de Antioquia, entidades con las cuales mantienen relaciones de apoyo y solidaridad.

"...Con el convento de la Madre Laura, han sido muy pocas [las relaciones], nosotros [los] hemos tenido una cantidad de dificultades, de pronto, [...] somos un cabildo nuevo, y por el hecho de ser cabildo nuevo [...] en [...] Chibcariwak, que tiene un proceso de 25 años aproximadamente, entonces cuando nosotros surgimos, [...] no nos miran con buenos ojos, [...] porque creen que

cualquier recurso que vayan a generar a ellos les vamos a mermar en la parte económica [...].¿que me interesa? es que nos ayuden, [...] de una forma directa, que la plata no solamente sea para una sola persona, que si la plata está encaminada para fortalecer X cosa, sea para eso..."EI3QPH.

"...nosotros tenemos con la organización indígena de Antioquia que es la OIA, una relación buena, [...] en la medida que somos amigos, pero de ahí no va más, [...] para mí buena sería hacernos un acompañamiento en muchas cosas, darnos a conocer, que se yo, trabajar un proyecto que vaya en beneficio de esta comunidad..."EI3QPH.

Para la realización de las actividades, los gestores reconocen la importancia de las administraciones municipales como entes con los cuales establecen la coordinación en búsqueda de recursos y para el apoyo de acciones de remisión y contra-remisión.

"... hay municipios, hay alcaldes muy sensibles, y hay alcaldes que no les importa. Si el alcalde supo que los indígenas no iban a votar, ah no, casi no lo atienden..."E4IGOrH.

En el plano de los funcionarios reconocen la importancia de recuperar un talento humano que como los promotores de salud, por su conocimiento de la cultura propia, algunas prácticas y el idioma, serían

fundamentales para la búsqueda de la integración y complementariedad entre las dos medicinas.

Para algunos gestores, la búsqueda de integración o complementación entre la medicina occidental y la ancestral, orienta sus reflexiones acerca de la necesidad de apoyo a los médicos tradicionales para que cuenten con recursos tecnológicos y económicos acordes y necesarios para el diagnóstico y tratamiento.

Los actores reconocidos en el proceso, sean organizaciones, acciones gestionadas por funcionarios occidentales, indígenas gestores o indígenas usuarios, son concreciones del reconocimiento de la existencia en la ciudad de Medellín, de una combinación de una respuesta social hegemónica, en esta medida organizada desde la institucionalidad, y otra espontánea (a la cual se recurre sólo excepcionalmente), desde las representaciones y prácticas del proceso s/e/a de los grupos indígenas. En este proceso está presente lo que Menéndez analiza como campo relacional en el cual se consideran las características "propias" de cada una de las partes, pero enfocando la mirada sobre el sistema de relaciones construidas, lo cual constituye una realidad diferente del análisis aislado de cada una de las partes. Tanto el saber medico como el tradicional se

entienden si están relacionados en el campo en el cual interactúan (64).

3.5. Acceso y barreras para la atención a la salud

Por acceso se entiende en este trabajo las condiciones, externas e internas, de los servicios de salud, que posibilitan el goce de los mismos en los términos propuestos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, oportunidad, calidad, eficiencia; universalidad, así como el desarrollo del principio de interculturalidad derivado del respeto a la diversidad cultural y étnica, característicos de la población participante.

Los indígenas en sus percepciones destacan obstáculos para acceder al servicio de salud en la ciudad de Medellín, o dificultades que hacen más oneroso el servicio, entre ellas identifican los aspectos geográficos relacionados con la distancia entre sus lugares de origen, las localidades cercanas, la ciudad y la movilidad en la ciudad, el desconocimiento del español por parte de los usuarios y del idioma nativo por parte de los funcionarios de las IPS, los costos y los trámites para acceder al servicio.

3.5.1 Las distancias, lo geográfico:

Tanto para los participantes indígenas como para los gestores, la distancia entre los lugares de origen, en los cuales sólo se cuenta con centros de salud y asistencia de profesionales de manera esporádica, y las localidades para encontrar servicio especializado, implica tiempo de desplazamiento e incomodidades que hacen difícil el acceso, pero este problema se incrementa cuando deben desplazarse hasta Medellín en búsqueda de atención.

"...la distancia geográfica, y los caminos, no son caminos de carretera, ni camino de herradura, en muchas comunidades, son caminos de difícil acceso, [...] son caminos que están tardando dos o tres días de camino para llegar" E5IGOrH.

Una vez en Medellín, el problema de las distancias se agrava por el tamaño y complejidad de la ciudad, en donde tienen que empezar por el manejo de su sistema de transporte y la ubicación de las IPS. Es evidente para algunos la necesidad de ubicar no sólo IPS para los indígenas en el centro que facilitaría el acceso, sino también de la oficina de salud encargada de verificar trámites y asignar citas. Es

así como se encuentran evidencias como la siguiente:

"...aquí [en la residencia estudiantil] prohibido enfermarnos, tenga el dolor que uno tenga hay que dejarlo pasar porque [...] madrugan desde las cuatro de la mañana, a veces no hay fichos, o a veces los trasladan para un hospital más lejos. La otra vez había un compañero que lo atendían era en una EPS, en un hospital por allá disque en el barrio de Castilla, y nosotros estando acá en Prado centro..." EG3.

Esta dificultad también es reconocida por los indígenas gestores y por los gestores occidentales en el servicio que se les ofrece y las posibilidades de acceso, es así como se encuentran evidencias como las siguientes:

"...También es cierto que estando yo a doce, trece, quince, veinte horas de camino aquí, pensar en venirme a la ciudad, no conozco bien, no tengo plata, no hablo bien el español, a dónde voy a llegar, quién me va a acompañar, obviamente que yo prefiero agotar el recurso conocido y lo más conocido pues es lo de su comunidad y lo de su cultura..." EI7ZM.

3.5.2 Idioma:

Este aspecto, implica una limitante importante para los indígenas acceder al servicio de salud en la ciudad de

Medellín, coinciden tanto los indígenas usuarios del servicio como los gestores que los apoyan en la búsqueda o en la atención.

Para quienes hablan el español, se encuentra una barrera en la atención por la relación de comunicación entre funcionarios de las IPS, personal de salud y usuarios, por diferentes códigos del lenguaje que manejan y por la complejidad de los mismos, este problema se incrementa para la comprensión de la prescripción de medicamentos y de cuidados posteriores a la consulta por lo incomprensible de la letra incluso para los mismos farmacéuticos, teniendo que recurrir a la transcripción. Es así como se encuentran quienes afirman.

"... o sea por los papeles, y porque no entienden el lenguaje entonces no son escuchados, tampoco que ellos no saben español, entonces se le dificulta o no le entiende entonces el médico se demora y no le para bolas y ya, entonces [...] no les entiende el gesto, cosas así..." EI7ZM.

Para quienes hablan su lengua nativa, mayoritariamente los Emberá, el idioma se torna en una barrera, pues en este caso no es por la relación, sino por la imposibilidad de establecer la comunicación, teniendo que recurrir a un traductor, con las limitaciones que esto significa, pero facilitando la relación con funcionarios y personal de salud. En este caso es significativa

la interpretación de los siguientes testimonios...

"...entonces yo tenía que llamarme a, [un gestor] que trabaja allí en la OIA, yo le llamaba a él, venga [...] él no me entiende a mí, a usted si va entender, o muchas veces no le daban el consentimiento de que le hicieran las cosas de cirugía, era un conflicto con ellos,..."E19EM.

"...debería existir por lo menos un traductor [...] en el departamento, vienen mayoritariamente indígenas Emberá. Si esto fuera por ejemplo como el Amazonas donde son como 20 o 30 lenguas distintas... pero aquí la población indígena mayoritaria en el departamento es Emberá y no existe en ninguno de estos hospitales un traductor..." E1GOrM.

No sólo incide el desconocimiento del idioma en la relación al interior de las IPS, también en otros funcionarios como en la relación con trabajadores de la farmacia y en la comprensión de los tratamientos.

"...entonces muchas veces si hay cerca alguna farmacia, [...] donde entiendan las letras de los médicos, hay que irse a hablar donde, [...] se lee y que vuelve a escribir en la máquina o que se escribe una letra donde uno, que uno puede entender, es eso otro problema de los médicos..."E11EM.

"...porque cuando la institución no pone otra estrategia para que el logre entender cómo se va a suministrar sus medicamentos [...] Hay un asunto muy grave en la barrera del idioma, y es un asunto de estrategias también para los medicamentos"E3GOrH.

La existencia de experiencias de traductor en algunas de las organizaciones reconocidas, lleva a reflexionar acerca de la posibilidad de evaluarlas, y obtener criterios para ofrecer soluciones a una de las necesidades que con respecto a la interlocución y el idioma son recurrentes en las evidencias que todos los actores participantes de este estudio reconocen.

3.5.3 Aspectos económicos:

Los ingresos en dinero, como manifestación de condiciones socioeconómicas adecuadas para la vida diaria, constituyen un limitante en la ciudad, para un grupo poblacional en el cual las posibilidades de acumulación son pocas. Cuando la circulación monetaria es básica para la solución de las necesidades diarias, el dinero es otra de las barreras que inciden en la atención en salud, este aspecto es reconocido por los participantes del estudio, tanto usuarios indígenas como dinamizadores de procesos

mediante los cuales se apoya el reconocimiento del derecho a la salud.

Es así como algunos se refieren a aspectos relacionados con la capacidad económica o la pobreza, que dificulta los copagos exigidos para obtener la atención y para los exámenes y medicamentos necesarios, además para el sostenimiento en la ciudad incluso en algunos hogares de paso. Es así como se encuentran quienes manifiestan:

"...yo soy del régimen contributivo, hombre, a mí me están descontando y yo allá voy y me toca pagar por la consulta, 8.000, por los medicamentos, 8.000, si me mandan a hacer exámenes 8.000, ¿Cuánto son? 24 mil pesos, y yo muchas veces digo, no voy a ir y más bien me voy a comprar mis medicamentos..."
E4IGOrH.

La apreciación anterior es reconocida como una barrera importante también por parte de los indígenas que gestionan la atención en salud en la ciudad y por los que, como gestores no indígenas apoyan actividades orientadas a dicha atención. Se afirma:

"...en estos días [...] vino un amigo de la comunidad Emberá, y estuvo en el Hospital San Vicente de Paúl, con su esposa enferma, y créanme que no había la posibilidad de conseguir los recursos, [...] hicimos como una recolección mínima y conseguimos

dos días de hotel, porque tocamos [en otro cabildo que tiene 5 casas, fuimos donde la Madre Laura] pero [...] en el momento no podían,..." EI3QPH.

Otros se refieren a la dificultad para permanecer en la ciudad con la consecución de hospedaje para sí y los acompañantes, con excepción de aquellos que encuentran un hogar de paso en la casa de las Hermanas de la Madre Laura o en el Cabildo Chibcariwak, situación diferente es la de quienes acceden a este servicio para sí y su acompañante en la casa de la Asociación Indígena del Cauca AIC, donde tienen que responsabilizarse de algunas actividades como el pago de gas y comida, aparte de realizar actividades en esta casa. Se encuentran quienes manifiestan....

"...allá [en la casa de la AIC] toca pagar gas, comida, hay que comprar leche,[...] y de a donde lo va sacar uno pobre, no va sacar eso, y mi hermanito tres días que sin comer se ponía a llorar, [...] vino mi hermano mayor le hizo vueltas ahí fue que lo mandaron para la casa [...], mi mamá habló con [el.] programa aéreo , [y obtuvo que lo enviaran a otro hogar de paso] pa que lo recibieran aquí" E18EM.

Para solucionar esta situación en algunos casos, los indígenas obtienen recursos mediante actividades de producción y comercialización de artesanías que son apoyadas por

algunos de los cabildos en la ciudad. Se encuentra quien afirma....

"...nosotros tenemos la iniciativa, [de un.] taller, con [los indígenas], y nosotros compramos libras de [estas] piedritas y les comprábamos kilos, les montamos en un taller, para que ellos tengan su solvencia..."E13QPH.

Un aspecto relacionado es el reclamo acerca de la atención como derecho que debe ser reconocido a todos en igualdad de condiciones, y no una actividad de caridad puesto que la normatividad los apoya. Las organizaciones no deben tener como eje de su actividad la ganancia, sino el reconocimiento del derecho, para lo que obtienen recursos del Estado.

"...que no vienen de caridad porque están cotizando, porque el Estado está pagando por ellos no deberían de estar aquí pidiendo de limosna la atención, sino que tendrían que tener la atención como cualquier otro usuario porque él está pagando por ellos; [...]ya sea por el Sisben o por las EPS que tengan, están facturando para los gastos que demandan..."E1GOrM.

Si bien la situación económica de los indígenas se ve afectada por los recursos disponibles, no sólo para el traslado y estadía en la ciudad, con lo que significa en cuanto a las erogaciones monetarias, las cuales no pueden resolver con sus escasos recursos y por el alto costo para el

sostenimiento en la ciudad, éste no es la última dificultad para acceder a una atención con calidad en la ciudad. Para los indígenas, los trámites constituyen otra barrera que les dificulta la obtención y oportunidad de los servicios de salud y por supuesto al reconocimiento del derecho.

3.5.4 Trámites:

En sentido similar, los trámites mediante los cuales pueden acceder a la atención, constituyen una preocupación reconocida como barrera fundamentalmente por los indígenas en su búsqueda de atención y por los indígenas gestores, más que por los gestores occidentales, estos posiblemente por la costumbre a este tipo de procedimientos para la prestación de un servicio o el reconocimiento de un derecho, en un sistema jerárquico

Se afirman como limitantes la solicitud del documento de identificación, la verificación del registro en algún censo indígena, la situación de cotizante o beneficiario, el estar al día en las cotizaciones, como condición para la asignación de citas o la atención, en caso de dificultades que son comunes para cumplir con requisitos, llevan a retardo o dificultades mayores para

acceder al servicio. Es así como se encuentran quienes afirman:

"...A mí en [la IPS] me piden es mi número...la cédula, la cédula, y de pronto la fórmula anterior [...] con esa fórmula anterior se miran a ver qué remedio [...] pueden cambiar. Pues eso es lo único que me piden aquí..."E11EM.

"... la gente muchas veces cree de que si yo tengo carné, yo tengo salud, no ¿cuál?, [...], hay personas que viven a tres días de camino, para que va a servir el carné..."E4IGOrH.

"...ya estando hospitalizada me llamaron [...] y me dijo nena tu apareces registrada en Córdoba con otro carnet, es que no te podemos atender con la carta, así que vas a tener unos costos de hospitalización de dos días [...] y yo le dije se tendrán que quedar conmigo aquí porque yo plata no tengo..."EG3.

Otro obstáculo en el trámite es la obtención de ficho que determine el orden en la atención, situación motivada por la falta de relación con esta tecnología, o por falta de orientaciones o incomprensibilidad de las mismas, esta situación también retrasa significativamente la atención. Se afirma:

"...pero como comunidad indígena a las 8 a.m. le estaban entregando un ficho, a una o dos personas indígenas si habían ido antes pues tienen que ir

al otro día, pero aquí en [...] San Javier es muy difícil, muy difícil, para que le entreguen un ficho..."E110QPM.

La atención en muchas situaciones se obtiene mediante el recurso de estrategias de participación reconocidas en la normatividad, como es la necesidad de recurrir a solicitudes formales, derechos de petición, o la estrategia de tutelar el reconocimiento del derecho (siendo esta estrategia participativa la reconocida por los participantes), lo cual significa una serie de trámites dispendiosos, el desconocimiento de los indígenas de este tipo de procedimientos los hace recurrir al apoyo de organizaciones o de intermediarios, que como funcionarios de los hogares de paso o trabajadores sociales los apoyan en este proceso. Además el cambio constante de las IPS en las cuales son atendidos, ante el vencimiento o cambios de los contratos de las EPS con estas instituciones prestadoras de los servicios.

A estas situaciones se agrega con frecuencia, el cambio de citas con o sin aviso previo, lo cual también retrasa el servicio...

"...medicamentos del VIH, [actualmente] me la están suministrando [...] Para lo renal, la cita siempre es así, la ponen a seis meses y cuando llega [que] el médico

no fue, que la EPS cambió, y así..."EI6QPH.

En otros casos, ante la negligencia de los funcionarios en el proceso de atención, muchos indígenas tienen que recurrir a la mediación de los cabildos, quienes por intermedio de sus contactos en las organizaciones, o mediante asesores de la OIA, obtienen que sean atendidos, pero significa una demora en el servicio que puede incidir en la situación de salud. Se encuentran quienes afirman

"... y si el paciente que está siendo atendido aquí en Medellín y si está censado y registrado en el sistema, entonces ya la OIA le colabora, y si cuando una persona no está censado allí, uno no sabe de qué comunidad es..."EI9EM.

Respecto a los documentos exigidos para acceder al servicio de salud, los indígenas relatan que las exigencias van desde la mera solicitud del documento de identidad (cédula de ciudadanía), carnet de afiliación o la Carta Indígena. Esta tiene vigencia de tres meses. No obstante, el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011(46), aborda el tema de la "portabilidad nacional", conforme al cual el acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad. De lo anterior se desprende que toda práctica administrativa conducente a exigir otro tipo de documento,

constituye un obstáculo que por demás es ilegal. Lo anterior no implica desconocer el valor de la Carta Indígena, la que será el documento que cada comunidad en particular establezca según sus propios criterios y mecanismos para acreditar la calidad de sus miembros, en virtud del principio constitucional de autonomía de las comunidades indígenas. La Carta Indígena se expide en ausencia de cédula de ciudadanía u otro documento de identidad o de afiliación al régimen subsidiado, siempre que se dé la información sobre la comunidad de origen. En Medellín, es expedida por los Cabildos.

3.5.5. Cultura:

El desconocimiento de las características culturales de los indígenas, por parte de los funcionarios responsables de la asignación de citas o del proceso de atención en general, llevan a retrasos en el mismo, con efectos no sólo en la situación de salud de los usuarios, sino también con sobrecostos por mayor estadía en la ciudad, o por los desplazamientos permanentes de quienes siendo residentes en Medellín, deben reintentar el proceso. Algunos se quejan de esta situación en los siguientes términos:

"...una indígena de Murri que nunca ha ido a un servicio sanitario, es muy difícil para ella manejar un sanitario de un hospital, o la comida, la alimentación, que ensalada, que leche, eso no está dentro de su parte cultural...."E3GOrH.

"...en el caso de los niños, una enfermera espera que el papá cargue el niño, que le dé picos, [...], no es que no sea afectuoso [...] error de apreciación de muchas entidades entre otras cosas; él tiene su momento afectuoso y lo tiene en su particularidad íntima, [...] él tiene su asunto, y los roles los cumple la mujer y los cumple el hombre. Entonces, esos roles no los entendemos en la estructura hospitalaria como está planteada...."E3GOrH.

El desconocimiento de las características culturales de los usuarios, lleva a reflexionar en una perspectiva de análisis que centre la descripción e interpretación en un sistema de transacciones producido entre las partes, la medicina "tradicional" no debiera ser analizada "en sí", "sino referida al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto no sólo de dicha "medicina", sino de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, el significado y el uso de la medicina "tradicional" [reconociendo] el sistema relacional en el cual lo tradicional se desarrolla (64).

3.5.6 Exigibilidad del derecho:

Se encuentran en las voces de los indígenas gestores que llevan tiempo en la ciudad, probablemente por su misma actividad a favor de los usuarios un conocimiento de la norma. Manifiestan dos aspectos significativos en la atención que brindan a los indígenas en la salud relacionados con la calidad, en algunos casos el desconocimiento de la normatividad existente, y en otros su aplicación sin considerar los aspectos culturales y la exclusión, o una interpretación excesivamente centrada en la letra de los códigos. Es así como se encuentran afirmaciones como las siguientes:

"Nosotros no discutimos el tema de procedimiento quirúrgico, pero si [el compromiso] social, Colombia no avanza, [...]. La otra problemática real, está sujeta a lo que tiene que ver [...] con la estructura política, [...], en Colombia hay ciertas normas que hacen mención el derecho, el saber, el deber, y la participación de los pueblos indígenas. Está la ley 691 del 2001 si no estoy mal, está el decreto 1811 de 1990, [...] que especifican que los hospitales deben crear programas acorde a la necesidad de los pueblos

indígenas en su entorno..."E5IGOrH.

"...Se paga [...] financiado con el 1% de la UPC, con eso se ha tratado de financiar, eso es una pelea [...], el Estado no ha aceptado que se saquen recursos de ahí para financiar la casa de paso, pero sin embargo, como esta IPS es del Cauca, usted sabe que ellos han [...] tratado de que se respeten muchas cosas, para nosotros [consideramos que] no solamente el 1%, debería de ser más, para tener unas mejores condiciones, [...] mejores recursos,"E3GOrH.

De otro los indígenas participantes no sólo aluden al desconocimiento de la normatividad existente y su contenido, sino a la falta de conciencia para hacer aplicar la norma; compromiso que también reclaman de sus líderes. Estos podrían dinamizar procesos pedagógicos lo cual permite un conocimiento de la pertinencia e importancia de la aplicación de las normas en beneficio de las comunidades; en este sentido se reconoce que la adecuación de la normatividad a las necesidades así como su aplicación es una competencia no sólo del Estado, sino también de la población indígena y de sus líderes a través de sus organizaciones.

Así mismo, reconocen la existencia de una distancia entre lo que se propone desde la normatividad existente y la ejecución de los programas y proyectos en los cuales la legislación se concreta. En este sentido, tanto indígenas como indígenas gestores y gestores participantes en el estudio aluden a la deficiencia de la calidad de los servicios que se ofrecen para el reconocimiento del derecho a la salud. Reconocen la existencia de normatividad, pero la distancia entre esta y su aplicación.

3.5.7 Atención con calidad:

Los indígenas se refieren a que las instituciones se limitan, en algunos casos, a cumplir con protocolos organizados para la prestación de los servicios de salud. Incluso no existen explicaciones, ni se preocupan por que el usuario comprenda el diagnóstico que le hacen.

"... ahí [en la historia clínica] ponen cosas que inclusive no le ven a uno, [...] yo no sé en qué momento me preguntó o me vio, [...] uno dice hay Dios mío, esto es como un protocolo, "llenó esto, y ya no le pregunto a ella y ya", y me peso y me tomo la arterial y ya, como que, así está bien,..." EI2IM.

Es sorprendente para algún indígena gestor, la importancia de la norma, el

incumplimiento de la norma es una circunstancia que se ha generalizado, cuando lo que se espera es lo contrario, que su cumplimiento sea lo usual.

"...la parte económica prácticamente eso no nos deslumbra, [...] nosotros tenemos una cantidad de derechos, que los debemos de hacer respetar. Entonces en ese orden de ideas eso es lo que nos deslumbra, que las cosas se den, y esa yo pienso que es la mayor satisfacción, que como líder la debo tener..."EI3QPH.

Se ha generalizado en alguna medida, que en el reclamo de los derechos se privilegian determinados actores, descuidando a los usuarios que son quienes como población objetivo les dan sentido, es así como algún gestor participante se refiere a las críticas al modelo de salud existente y a las movilizaciones que buscan hacer la reclamación:

"... ¿Cuándo hemos salido a protestar por el modelo de salud? Cuando a los médicos no les han pagado, pero de resto nada, para nada, y todos los días nos quejamos, que no hay camas, que le dejaron la pieza yo no sé dónde, que le cobraron yo no sé cómo, que el señor estaba en urgencias [...], y tenía que tener la cabeza en la mano, y todas esas cosas..."E3GOrH.

Para el reconocimiento de la norma se recurre a una estrategia, que debiera ser por excepción, echar mano de los

instrumentos de participación contemplados en la normatividad.

3.5.8 Participación: tutelas

Este instrumento de participación se ha generalizado como estrategia para exigir el derecho a la atención en salud por parte de las comunidades indígenas, se recurre a su aplicación cuando se ve amenazada la vida por falta de atención, pero generalmente requieren de acompañamiento o asesoría de gestores u organizaciones para iniciar y hacer el seguimiento al proceso.

"... lo mío como es con tutela es como si fuera pues cualquier persona; [...] si no fuera con tutela nos discriminan mucho, se podría decir que hasta nos tratan mal, ellos se dan el gusto de gritarlo a uno, algo que no tiene que ser porque todas las personas merecemos..."EI10QPM.

La ley ha llegado a constituir un mecanismo de presión al cual recurren tanto indígenas como indígenas gestores y gestores occidentales, para que los funcionarios cumplan con sus funciones. La tutela se ha tornado una estrategia de amenaza a los trabajadores de la salud para encontrar la atención, o para que esta sea de calidad.

"Mire doctora, si usted en este momento, ya mismo no me va a despachar, le hago una denuncia y le voy a hacer tutelaso, pa' que atienda primero a las gentes que están, [...] por urgencia y si traen algún herido [...], mientras eso a ese herido se [...] le va a vaciar de sangre, entonces ¿Quién va responder? EI1EM.

"... decirles, "doctor o doctora", [...] "esto es la ley, y ordena a usted con todo respeto de que usted debe atender este paciente, y esta ley no me la inventé yo, aquí está" y llevarles prácticamente la ley para que la miren. En ese aspecto muchas veces si hemos tenido dificultades..."EI3QPH.

3.5.9 Universalidad:

Este principio organizador del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ve limitado no sólo por la capacidad del sistema y su organización, sino por los requisitos o trámites para el reconocimiento del derecho.

"...la constitución del 91, señala que Colombia es un País diverso, multicultural y pluriétnico, pero todas las ejecuciones políticas y de los proyectos [del] Estado no se hacen bajo el enfoque de esa diversidad, lo hace bajo intereses del gobierno, entonces siempre va haber discriminación para nosotros desde cualquier punto de vista..."E5IGOrH.

Otro aspecto es la vigencia de los carnets y el área de influencia en el cual son reconocidos.

"...que le dieran a uno carné exclusivo y uno llegara con el carné allá, si es indígena tienen que atendernos, como dicen los indígenas tenemos prelación en todo, por eso sería interesante un carné exclusivo..."EI4QPH.

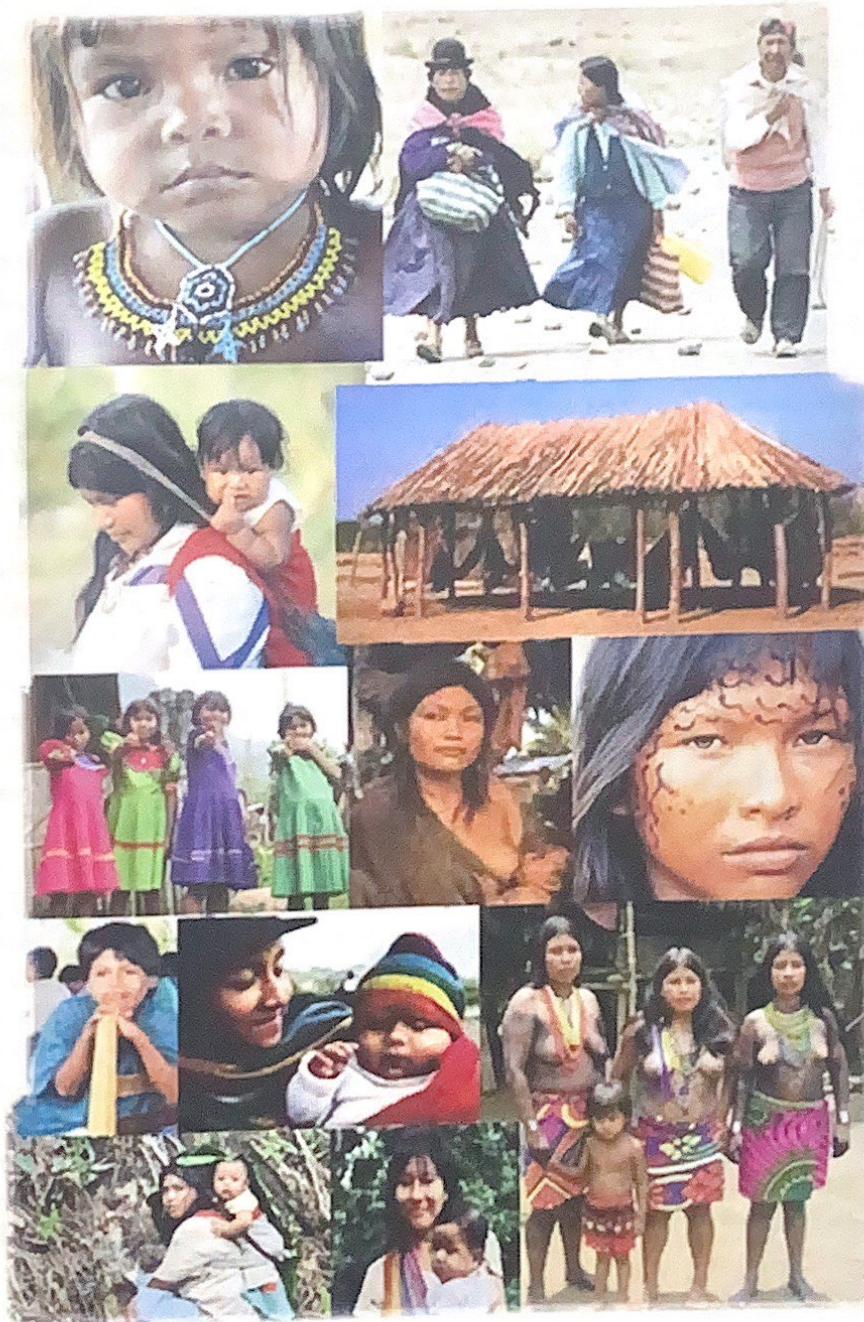
Los cabildos, según alguno de los participantes, deben ser de sólo una etnia, lo cual incide en el acompañamiento para el reconocimiento de derechos que son avalados por cabildos a los cuales pertenecen indígenas de diferentes comunidades. De igual manera se reconoce la dificultad para buscar atención en caso de indígenas de otro país vecino, porque no existen cabildos de carácter internacional. Es así como se encuentran evidencias como la siguiente:

".... [En el caso de] las comunidades indígenas del Ecuador, [...], de Chimborazo, de Utaquí, y de otros lugares, es que la legislación indígena colombiana no protege [...] indígenas del exterior, para eso se están conformando unos cabildos internacionales, pero eso es muy complejo.[...]. Entonces ellos son afiliados así, yo tengo por ejemplo en el cabildo [...] como 4 ecuatorianos de la comunidad de los Quechua, entonces ellos también vienen aquí, hacen parte [del cabildo, pero], no

hay consejero porque solamente son cuatro familias, [...]. Otro limitante que hay por parte del ministerio, para que un cabildo se le reconozca a nivel nacional, debe ser de una sola etnia, entonces ahí vuelven y nos cierran la puerta, nosotros y yo personalmente quisiera atender a todos los indígenas que vengan a Medellín..."EI3QPH.

Existe desconocimiento de la normatividad por parte de algunos funcionarios, lo cual lleva a que la exigencia del derecho pase por una pedagogía de la norma.

Consideraciones y recomendaciones a partir de las expectativas



Fuente: Las fotos e ilustraciones fueron tomadas de
<https://www.google.com/imghp?hl=es&tab=wi>

En el trabajo presentado se da cuenta de la participación voluntaria de diversas personas integrantes de varias etnias residentes en la ciudad. La aceptación de la convocatoria fue voluntaria y permitió llegar a consensos y complementación de diversas posiciones acerca de la atención que los indígenas reciben en Medellín. Como se anotó se trató de recuperar las percepciones de quienes, como indígenas o acompañantes de los mismos, han buscado mejorar sus condiciones de salud. La diversidad de participantes hizo necesaria, una aproximación al contexto histórico que en conjunto han vivido o han modificado.

En los resultados se encuentran criterios socioeconómicos y culturales que permiten entender los procesos por ellos vividos a partir de su desplazamiento, "voluntario", o forzado por diferentes actores o procesos. Esta situación ha marcado exclusiones de diverso tipo en Medellín. Lo expresado por los indígenas se torna en argumentos para explicar la experiencia de acercamiento a los servicios de salud y al tipo de atención recibida una vez se enfrentan a la intervenciones, o a la interlocución con actores del sistema que desconocen sus características económicas y culturales. Resaltan aspectos relativos a su origen étnico y la manera como este es considerado o desconocido en muchos espacios de

la ciudad. Incluyen además el motivo de traslado, el tiempo de vivir en Medellín y las condiciones económicas y sociales que han marcado su existencia en un espacio extraño.

Otro aspecto que resaltan es la diferencia de concepción de salud enfermedad y las prácticas para su conservación o recuperación, frente a las que orientan la atención brindada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud dominante en la ciudad. El conflicto de estas dos visiones se traduce en percepciones que reclaman un reconocimiento de las normas existentes, de su aplicación, y de estrategias que superen las barreras que este proceso genera para el acceso al reconocimiento de la salud como un derecho consagrado en la Constitución y en las normas posteriores. Este reclamo no es asignado de manera unánime al Estado, sino que también identifican la necesidad de que los líderes de las organizaciones indígenas asuman un papel que dinamice una apropiación de la norma y la exigencia de su cumplimiento.

En sentido similar se refieren a los trámites y las dificultades para el cumplimiento de los requisitos para la atención, aceptando que los indígenas no están igualdad condiciones frente al resto de personas que buscan el

servicio, se requieren acciones afirmativas en este plano, para poner al indígena en igualdad de condiciones con respecto a la atención en salud.

Las reflexiones dinamizadas a partir de las voces de los participantes en el estudio, orientan a acuerdos en torno a aspectos que pueden ser considerados problemas para la formulación de proyectos de intervención tanto desde la Administración Municipal, como mediante estrategias de coordinación con las comunidades indígenas, sus cabildos y organizaciones de diverso tipo que funcionan en la ciudad. El objetivo de este tipo de reclamos es incidir para que la normatividad existente se aplique en función de mejorar las condiciones de vida y salud de los indígenas en Medellín y deje de ser "letra muerta". A partir de la recolección y análisis de la información, así como en la estrategia de devolución y validación de los resultados con los indígenas y sus gestores, se destacan los siguientes problemas que pueden orientar a la intervención:

Desde las percepciones de los indígenas en el presente trabajo se encuentra que la atención de salud para esta población esta permeada por una concepción dominante que, al centrarse en los daños a la salud, ha dejado de lado el reconocimiento del

"otro" como interlocutor válido. El sistema al preocuparse por la racional utilización de los recursos se centra más en las coberturas y desconoce las características de grupos minoritarios. Se trata de organizaciones de salud centradas en un orden jerárquico orientado a la salud más como servicio que como derecho, razón por la cual asume un modelo de atención que no reconoce las diferencias sociales, económicas y culturales de grupos específicos, generando exclusión. Esta consideración lleva a la necesidad de la sensibilización de los diversos actores del sistema en aspectos relacionados con el reconocimiento del indígena desde sus características culturales, económicas y sociales como una estrategia que permita el reconocimiento de estos como sujetos de derecho, en igualdad de condiciones que el resto de habitantes de la ciudad.

En sus voces se destacan expectativas centradas en las representaciones y prácticas en salud, tanto desde lo ancestral como desde el modelo dominante, que orienten la búsqueda de respuesta según el tipo de enfermedad -de blanco o de indio-. En este sentido, reclaman a las instituciones la necesidad de adecuar la prestación de los servicios a las características de la población objetivo y específicamente a la indígena y al tipo de problema. Esta

consideración orienta a la vigencia de un diálogo de saberes que recupere el sentido de la salud enfermedad para los indígenas con las concepciones occidentales y sus representantes. En este proceso no estará involucrado sólo el sistema de salud, sino las entidades formadoras del talento humano en la ciudad.

Para responder a las expectativas relacionadas con el Sistema de Salud señaladas en el párrafo anterior, Medellín podría considerar en los servicios de salud para los indígenas una propuesta acorde con sus características sociales y culturales, con la lucha contra la segregación, con el derecho a un tipo de diagnóstico que recupere la posibilidad de la interacción desde su identidad. Así mismo, que responda a la necesidad de brindar recomendaciones y orientaciones claras para la medicación y los procedimientos a seguir no sólo por parte de profesionales de salud, sino en general de todos los funcionarios comprometidos. En este sentido se refieren a adecuaciones a la prestación de los servicios organizados en el sistema o a una IPS indígena en Medellín.

La propuesta acorde con las características culturales deberá considerar aspectos como la alimentación que considere sus costumbres ancestrales, la posibilidad

de diálogo de saberes entre médicos tradicionales y occidentales en la ciudad, contar con traducción en caso necesario y señalización, en las instituciones de salud, en lengua indígena –considerar que los Emberá son mayoritarios en la ciudad-. Para estas necesidades, podría pensarse en médicos ancestrales y traductores que como integrantes de las organizaciones existentes y los cabildos puedan concurrir para posibilitar este tipo de acciones de manera coordinada con el Estado a nivel local.

Con respecto a las entidades educativas de nivel intermedio, y superior, deberán reconocer en la formación de los actores del sistema la diversidad y especificidades culturales de los indígenas, sus representaciones y prácticas específicas en salud, y además propiciar la vinculación de las prácticas académicas con los procesos sociales en los cuales los indígenas y sus organizaciones tienen incidencia.

En relación a la normatividad existente se subraya la preocupación por hacer de esta una posibilidad real para las comunidades indígenas. El desconocimiento de las normas por parte de los indígenas y, peor aún por los funcionarios encargados de su atención, ha contribuido a la negación del derecho a la salud. Destacan, los indígenas y los gestores, la

preocupación porque el derecho preferente sea una realidad, de forma tal que el mandato constitucional de priorizar por grupos específicos, como el indígena, sea cumplido. Se deberá considerar como eje de intervención para funcionarios, gestores e indígenas en general una pedagogía de la constitución y la normatividad que lleve a una toma de conciencia con respecto al derecho y su exigibilidad.

Un ejemplo de la preocupación anotada es la necesidad de un carné exclusivo para los indígenas, o el reconocimiento por todos los actores de la carta indígena, lo cual posibilitaría la atención oportuna. Además se resalta la importancia de la realización periódica de campañas de salud específicas, de acuerdo con sus necesidades, aspecto este también posibilitado por la normatividad vigente.

Reconocer la importancia de casas de paso que brinden atención integral en el proceso de recuperación, tanto para el indígena como para los acompañantes. Es necesario la elaboración de un diagnóstico que evalúe la capacidad y el funcionamiento de las casas existentes, para determinar la necesidad de establecer nuevas casas de paso. De igual forma, garantizar la sostenibilidad económica, y considerar la posibilidad de establecer

convenios con las administraciones municipales y los resguardos, además de la AIC, para la obtención de los recursos. Este tipo de proceso, como se anotó en el trabajo, es considerado en la normatividad existente,

Para la ciudad, se sugiere el diseño y ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para los indígenas que en ella residen, tomando en cuenta los preceptos de diferencia, interculturalidad y complementación. Estas actividades se vienen realizando en los resguardos, en municipios, y en la IPS Indígena, pero Medellín debe atender con este tipo de programas a todos los indígenas residentes.

Establecer relaciones interinstitucionales que permitan el reconocimiento de los diversos organismos y entidades que ofrecen programas para los indígenas en la ciudad, y que se conformen en redes de apoyo con las diversas instancias de la administración tanto departamental como municipal y del área metropolitana; con el fin de garantizar los derechos de la comunidad indígena, que de paso o como residente están en la ciudad de Medellín. En sentido similar y con el fin de que los ejes de intervención consignados sean orientadores de proyectos para mejorar condiciones de salud, se propone desde la voz de los indígenas la consolidación de

“mesas de concertación” que tengan capacidad de orientar las decisiones en asocio con el Estado.

Finalmente, es prudente reconocer que los indígenas consideran que, como la presente, existen otras evidencias diagnosticas. En tal sentido, es necesaria la intervención en función de mejorar las condiciones de vida de los indígenas en la ciudad. Pasar a la acción es una urgencia que debe convocar a los tomadores de decisión.

REFERENCIAS

1. García C. Los estudios de morbi-mortalidad. Una visión sociodemográfica En Welti C. Dinámica demográfica y cambio social. México:Prolap,1996. p.253
2. Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. La constitución de la nueva Colombia. Edición PNUD, proyecto Col 87/01 y Gobernación del Valle del Cauca. 1991.
3. Antioquia, Asamblea Departamental. Ordenanza No. 32 Diciembre de 2004. Medellín
4. Menéndez E. La enfermedad y la curación:¿Qué es la medicina tradicional?. México, Alteridades 1994, 4(7):71, 78
5. Medellín, Alcaldía. Departamento Administrativo de Planeación. Encuesta de "Calidad de Vida". Medellín; Alcaldía. 2008: 40-42.
6. Observar: informe de la Coyuntura Social. Antioquia negra e india: la otra cara de la vulnerabilidad, situación de la población afro descendiente colombiana, indígenas y otras minorías étnicas en Antioquia. 2004:12
7. Anuario Estadístico de Antioquia 2005. Tomo 1. Medellín
8. Galeano, ME. Diseños de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial EAFIT. 2004
9. Bordieu P. Homo academicus. Buenos Aires: Siglo XXI, 2008 p. 18
10. Banch M. Las representaciones sociales como perspectiva teórica para el estudio etnográfico de comunidades. En: Valencia S. Representaciones Sociales. Alteridad, epistemología y movimientos sociales. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. 2006, p. 208.
11. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S. et al. Psicología Social II. Barcelona: Paidós, 1988. p 469-494
12. Samaja, J. Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial;2004, 106
13. Chodoff P. The medicalization of the human condition. En: Infac. Información farmacoterapéutica de la comarca. Volumen 13. Numero 7 e 2005. {consulta en línea}. Disponible en: http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/adjuntos/infac_v13n7.pdf- Consultado: Octubre de 2006
14. Maturana, H. El árbol del conocimiento. Editorial Debate. Madrid. 1990:209
15. Arango-Tamayo G, López-López MV, Gómez-Tabares G, Fernández S, Arbeláez MP. Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana. Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia, 2004,22:24-39.
16. Manrique M. Los pueblos indígenas en Colombia: derechos políticas y desafíos. Bogotá: UNICEF, oficina de área para Colombia y Venezuela. 2003.
17. Carvajal-Rojas O. El ser indígena en la ciudad espacio de tensión y reelaboración de las relaciones identitarias. Monografía presentada como requisito para optar al título de Antropología. Universidad de Antioquia. 2010. pág. 10-19.
18. Organización Indígena de Antioquia-OIA. "Situación de los derechos humanos de las comunidades indígenas de Antioquia en 2006 – Volver a recorrer el camino" EN: Instituto Popular de Capacitación –IPC. Entre la adversidad y la persistencia – derechos Humanos en Medellín, 2006. Medellín: IPC. (2007) Págs. 125-140.

19. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (1989) "Convenio sobre los Pueblos indígenas y Tribales en Países Independientes". 76ª reunión.
20. La población indígena colombiana está siendo devastada por el desplazamiento forzado del 8 de agosto de 2008. Consultado el 22/06/2011 Documento en internet. Disponible en: [http://www.internaldisplacement.org/8025708F004CE90B/\(httpDocuments\)/0BE245E447EEA051C12574A3002D01C7/\\$file/Boletin dia internacional de los pueblos indigenas.pdf](http://www.internaldisplacement.org/8025708F004CE90B/(httpDocuments)/0BE245E447EEA051C12574A3002D01C7/$file/Boletin%20dia%20internacional%20de%20los%20pueblos%20indigenas.pdf)
21. Restrepo Arcila, R y et al. Sabiduría, poder y comprensión: América se repiensa desde sus orígenes. UNESCO. Siglo del hombre editores. Bogotá. 2002. pág 12,13.
22. Bermúdez O. y et al. El dialogo de saberes y la educación ambiental. Universidad Nacional de Colombia. Bogota. 2005. pág. 40,56, 103, 107.
23. Gálvez A y colaboradoras. El mañana que ya entro. La fecundidad en los pueblos indígenas de Antioquia. Editorial U de A. 2002. 149 p.
24. Varini, C. Hábitat, Arquitectura y Entorno de Emberá y Waunana. En: Geografía Humana de Colombia: Valoración Biológica y cultural en Colombia. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Tomo I. Bogota. 2000. Pág. 26-28
25. Correa AM. La malaria en los Emberá del Atrato medio Antioqueño: una doble lectura. 1999 Tipo de trabajo: Tesis Maestría Salud Colectiva Disponible en: Biblioteca Facultad de Enfermería T WCG-99 pág. 52-57.
26. Santa Maldonado, J., Gálvez-Abadía, A. El plátano vacío: conflicto armado y hábitos alimentarios en el pueblo Emberá de Frontino, Colombia. Artículo en internet. En: Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía, N°. 30, 2008 , págs. 195-207. Consultado en: <http://hedatuz.euskomedia.org/7634/1/30195207.pdf>
27. Hernández CA. Ideas y prácticas ambientales del pueblo Emberá del Chocó. En: tesis salud colectiva. Bogotá: Presencia. 1995
28. Sitio de internet. Disponible en: <http://www.parquesnacionales.gov.co/PNN/portel/libreria/php/decide.php?patron=01.170204> consultado el 22/06/2011
29. Pineda, R. y Gutiérrez, V. Criaturas de Caragabí. Editorial Universidad de Antioquia. 1999. Pág. 254
30. Salazar, O. y Vallejo, L. Surba Inna, Rito de Iniciación Femenina en la Cultura Cuna-Tule. En: Geografía Humana de Colombia: Valoración Biológica y cultural en Colombia. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Tomo I. Bogota. 2000. Pág. 101-103
31. Meléndez, I. Aspectos culturales relacionados con la salud y el ciclo vital femenino kuna. Invest Educ Enferm 1992; 10(1): 134
32. Pumarejo-Hinojosa, MA. y Patrick Morales T. La recuperación de la memoria histórica de los Kankuamo: Un llamado de los antiguos. Siglos XX – XVIII. Universidad Nacional de Colombia. Bogota. 2003. Pag 34. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/tesis/unal/kankuamo/kankuo1-50.pdf> (consultado Noviembre 2011)
33. Tandioy D y S.H. Levinsohn. Términos de parentesco Inga; Artículos en lingüística y campos afines 4: 77-81. Bogotá, 1978. Tomado de "Diagnostico de la situación del pueblo indígena Inga". Disponible en: http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/documents/2010/DiagnosticoIndigenas/Diagnostico_INGA.PDF (consultado Noviembre 2011).

34. Hna Vertel AI. Etnia-La cultura Zenú. Instituto Misionero de Antropología. Universidad Pontificia Bolivariana. Mayo. 1999. N° 82. Medellín. P7
35. OIA. Política Organizativa de los pueblos indígenas de Antioquia. Volver a recorrer el camino. [en línea]. Organización Indígena de Antioquia – OIA. Consultado 18/02/2011. Disponible en: <http://www.oia.org.co/politica.htm>.
36. Mamian, D y et al. Los Pastos. En: Geografía Humana de Colombia, Región Andina Central. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Tomo IV, volumen I. Bogotá. 1996. Pág. 34,44-58,78-92.
37. López, C y Et al. Pueblos del Valle de Atris: Actuales Habitantes del Antiguo territorio Quillacinga. En: Geografía Humana de Colombia, Región Andina Central. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Tomo IV, volumen I. Bogotá. 1996. Pág. 224, 236,252-257
38. Zarante, I., Ossa, D. y et al. Descripción Etnográfica, Demográfica y Características en Salud de las Comunidades Indígenas Visitadas por la Gran Expedición Humana. En: Geografía Humana de Colombia: Valoración Biológica y cultural en Colombia. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Tomo I. Bogotá. 2000. Pág. 195,177,217-219.
39. Secretaría General de la Comunidad Andina. Cosmovisión del Pueblo Indígena Nasa en Colombia: Reducción Integral de los Riesgos, Planificación y Desarrollo Sostenible. SERIE: experiencias significativas de desarrollo local frente a los riesgos de desastres. Lima-Perú. primera edición, 2009. Disponible en: http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/libros/SISTE22/CO/CO_NAS A.pdf
40. Ardón, N., et al. Sistema de Salud de las Comunidades Indígenas y Negras de Colombia 1992-1996. EN: Geografía Humana de Colombia: Valoración Biológica y cultural en Colombia. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Tomo I. Bogotá. 2000. Pág. 253.
41. Blanco-Blanco, J. La Jurisdicción Especial Indígena, más allá del mandato constitucional. Universidad Libre de Colombia, Bogotá: 2008.
42. Corte Constitucional Sentencia T-979 de 2006 Magistrado Ponente. Nilson Pinilla Pinilla.
43. Corte Constitucional. Sentencia T-703 de 2008. Magistrado ponente: Dr Manuel José Cepeda Espinosa. Página 14.
44. Organización Internacional del Trabajo. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Convenio No 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. 2. Edición. Lima: 2007. 106,10.
45. Congreso de Colombia. Ley 691 de 2001. Diario Oficial No. 44.558, de 21 de septiembre de 2001. Artículo 2. Artículo 3, Artículo 5. Artículo 29.
46. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011. Artículo 13.
47. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa
48. Corte Constitucional. Auto 004 del 26 de enero 2009. Sala segunda de revisión. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.
49. Congreso de Colombia. Ley 21 de 1991. Diario Oficial No. 39.720 de marzo 6 de 1991.
50. Colombia, Ley 100 de 1993.
51. Vélez, O L y Galeano, M. E. Investigación cualitativa: estado del arte. Medellín: Ed. U. de A. 2000. Pág. 37, 41

52. Boyle JS. Estilos de etnografía. En Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia. 2003,198-201
53. Ministerio de Salud. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud Bogotá: Instituto Nacional de salud;1993
54. Ruiz A y Morillo L. Epidemiología clínica Investigación clínica aplicada. Bogotá. Editorial Médica Panamericana. 2006.
55. Szasz, I. y Amuchastegui, A. Un encuentro con la investigación cualitativa en México. En: Szasz, I y Lerner, S. Para comprender la subjetividad. México: El Colegio de México; Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. 1999: 18
56. Pérez La Rotta G. Génesis y sentido de la ilusión fílmica". Siglo del Hombre Editores, y Editorial Universidad del Cauca. Bogotá, 2003:32
57. Menéndez E. "Intencionalidad , experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". Revista de Antropología Social. 2015,14:35
58. Gómez G. Desplazamiento forzado y periferias urbanas: la lucha por el derecho a la vida en Medellín. Rio de Janeiro: Fio Cruz Tesis de doctorado. 2010 pág 184.
59. Santa J y Gálvez A. "El plátano vacío: conflicto armado y hábitos alimentarios en el pueblo Emberá de Frontino, Colombia". En: Zainak: Cuadernos de Antropología- etnografía separata No 30: 2008:195-207.
60. Araya S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO. Costa Rica:2002:11
61. Gadamer H. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa. 1996:128,129
62. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu, 1976. p 38
63. Colombia. Constitución Política de 1991: preámbulo.
64. Menéndez, E. La enfermedad y la curación, ¿qué es la medicina tradicional?. EN: Alteridades 4(7): pág.74.

ANEXOS

ANEXO 1.

Medellín: Personas por comuna o corregimiento, total y de comunidades indígenas.

Zonas	Comuna o corregimiento	Personas		Pertenece o se considera de un grupo indígena		Unidades de atención intermedia o red de apoyo
		Total	%	Total	%	
1. Nororiental	1. Popular.	131.956	5,42	59	2,95	
	2. Santa Cruz.	114.093	4,69	58	2,90	Unidad intermedia Metrosalud
	3. Manrique.	176.257	7,24	0	0	Unidad intermedia Metrosalud
	4. Aranjuez.	157.450	6,47	0	0	
	Subtotal	579.756	23,82	117	5,85	
2. Noroccidental	5. Castilla.	149.671	6,15	0	0	Unidad intermedia Metrosalud
	6. 12 de octubre.	199.317	8,19	67	3,35	Unidad intermedia Metrosalud
	7. Robledo.	176.381	7,25	0	0	
	Subtotal	525.369	21,59	67	3,35	
3. Centrooriental	8. Villa Hermosa	120.925	4,97	376	18,80	
	9. Buenos aires	147.831	6,07	181	9,05	Unidad intermedia Metrosalud
	10. La Candelaria.	86.926	3,57	396	19,80	
	Subtotal	355.682	14,61	953	47,65	
4. Centrooccidental	11. Laureles	126.624	5,20	27	1,35	
	12. La América	113.576	4,67	31	1,55	
	13. San Javier. °	165.751	6,81	0	0	Unidad intermedia Metrosalud Y convento Madre Laura
	Subtotal.	405.951	16,68	58	2,90	
5. Suroriental	14. El Poblado.	127.422	5,24	30	1,50	
6. Suroccidental	15. Guayabal.	92.880	3,82	196	9,80	
	16. Belén	201.406	8,28	392	19,60	Unidad intermedia Metrosalud
	Subtotal.	294.286	12,10	588	29,40	
7. Áreas rurales.	50. Palmitas.	13.353	0,55	63	3,15	
	60. San Cristóbal	28.584	1,17	0	0	Unidad intermedia Metrosalud
	70. Altavista.	18.339	0,75	19	0,95	
	80. San Antonio de Prado.	74.036	3,04	105	5,25	Unidad intermedia Metrosalud
	90. Santa Helena.	10.736	0,44	0	0	
	Subtotal.	145.048	5,95	187	9,35	
	Total.	2.433.515	100,00	2.000	100,00	
	%	100,00		0,08		
	ECV - 2007.	2.419.163		2.168		
	ECV - 2006.	2.410.777		2.178		

°: Unidades de observación seleccionadas.

Elaborado con base en: Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación. (2009). Encuesta de Calidad de Vida de Medellín, 2008. Medellín. Pág. 42-44.

ANEXO 2

Personas por estrato socioeconómico de la vivienda y de comunidades indígenas.

Estrato	Personas residentes en Medellín		Pertenece o se considera de un grupo indígena.	
	Total	%	Cifra	%
1. Bajo-bajo	285.795	11,74	335	16,75
2. Bajo	921.168	37,85	775	38,75
3. Medio-bajo	729.237	29,97	626	31,30
4. Medio.	238.202	9,79	234	11,70
5. Medio-alto.	168.696	6,93	0	0,00
6. Alto.	90.417	3,72	30	1,50
Total.	2.433.515	100,00	2.000	100,00
%	100.0			
ECV. 2007	2.419.163		2.168	
ECV. 2006	2.140.777		2.178	

Elaborado con base en: Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación. (2009). Encuesta de Calidad de Vida de Medellín, 2008. Medellín. Pág. 40-41.

Sólo se incluye en la tabla elaborada, al total de población y a los indígenas, pues la encuesta se refiere a todos los grupos étnicos, los cuales integran indígenas, comunidad negra, mestizo, raizal y afrodescendiente – negro, mulato-, afrocolombiano, otro.

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD

Proyecto:

Estrategias de atención en salud de la población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín 2010-2011

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBSERVACIÓN

Somos profesores de la Universidad de Antioquia e integrantes del grupo Políticas Sociales y Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería, y en acuerdo con la Secretaria de Salud Municipal queremos conocer las percepciones que tienen los pobladores indígenas en Medellín acerca de la atención a la salud que reciben y de las posibilidades que encuentran en la ciudad para mejorar sus condiciones de salud. Los aspectos observados permitirán la comprensión y análisis de las percepciones de los usuarios respecto a la atención que reciben en la ciudad.

Para la realización del proyecto es muy importante que Usted nos facilite realizar en esta institución, observación de los espacios comunes de recepción de los usuarios y asignación de citas o atención de urgencias, respetando en todo momento los lugares de diagnóstico o atención privada de urgencias. Su decisión en permitir la observación es completamente voluntaria. Usted puede decidir suspender la autorización de observación en el momento que considere que se esté interfiriendo la atención o violando la confidencialidad del diagnóstico. Esta observación no será grabada, y la información se procesará y empleará de manera estrictamente confidencial.

Los hallazgos de este estudio pueden ser de utilidad para la administración municipal, las instituciones, los usuarios y las organizaciones indígenas a quienes también se les presentaran los resultados.

Usted tendrá posibilidad de conocer los resultados del estudio una vez finalice. En caso de tener alguna duda sobre este trabajo o requiere mayor información, puede llamar a la profesora María Victoria López como responsable principal del estudio, en el teléfono 219-63-16 o 219-63-15 de la Universidad de Antioquia. Su colaboración es muy valiosa para nosotros, muchas gracias por permitirnos esta actividad.

___/___/___

Fecha

Firma Director Médico de la Unidad de Observación.

Firma de la Investigadora principal del proyecto.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD

Proyecto:

Estrategias de atención en salud de la población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín 2010-2011

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA GRUPAL

El grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia está realizando una investigación para **conocer las percepciones que tienen pobladores indígenas en Medellín de las estrategias de atención que utilizan en el en el proceso de salud-enfermedad y su relación con la respuesta social**. Por ello, estamos solicitando su participación para ser entrevistado(a) con el fin de conocer su punto de vista sobre diversos aspectos relacionados con la atención en salud; ya que Usted hace parte de las etnias indígenas en Medellín y ha tenido experiencias de ésta atención en la Ciudad.

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se considera *sin riesgo* (art. 11 literal a). Su participación en esta entrevista grupal es completamente voluntaria. En caso de que alguna de las preguntas o la actitud del entrevistador vulnere su dignidad, o en caso de que sienta incomodidad o piense que es manipulada su participación por la forma como se desarrolla la entrevista, Usted puede terminar su participación en ese momento o cuando así lo quiera. De igual forma, Usted tiene derecho de no responder alguna de las preguntas que le hagamos.

Es importante que tenga en cuenta, que por participar en esta entrevista, Usted no recibirá ningún beneficio económico o material. Esta entrevista tendrá una duración aproximadamente de una hora; y si el grupo de participantes está de acuerdo, será grabada para poder realizar el análisis con el mayor apego a sus puntos de vista. Todo lo que usted nos diga será manejado de manera estrictamente confidencial para lo cual se asignará un número a su entrevista buscando proteger en todo momento su identidad. La información que nos proporcione será resguardada por personal autorizado. Al ser esta una entrevista grupal, *se le solicita como participante*, que toda la información que aquí se genere sea por Usted manejada con mucha discreción y evite hacer comentarios una vez haya terminado dicha actividad.

La devolución de los resultados se hará una vez finalice la investigación y si tiene Usted alguna duda sobre esta investigación, o si requiere mayor información puede llamar a la profesora María Victoria López como responsable principal de este estudio, en el teléfono 219-63-16 o 2196308 de la Universidad de Antioquia. Su colaboración es muy valiosa para nosotros, muchas gracias por participar.

Firma del Participante en el estudio
Firma de la Persona que obtiene el Consentimiento

Firma del testigo 1
Firma del testigo 2

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN POLÍTICAS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD

Proyecto:

Estrategias de atención en salud de la población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín 2010-2011

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

El grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia está realizando una investigación para **conocer las percepciones que tienen pobladores indígenas en Medellín de las estrategias de atención que utilizan en el en el proceso de salud-enfermedad y su relación con la respuesta social**. Por ello, estamos solicitando su participación para ser entrevistado(a) con el fin de conocer su punto de vista sobre diversos aspectos relacionados con la atención en salud; ya que Usted hace parte de las etnias indígenas en Medellín y ha tenido experiencias de ésta atención en la Ciudad.

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se considera *sin riesgo* (art. 11 literal a). Su participación en esta entrevista es completamente voluntaria. En caso de que alguna de las preguntas o la actitud del entrevistador vulnere su dignidad, o en caso de que sienta que es manipulada su participación por la forma como se desarrolla la entrevista, Usted puede terminar su participación en el momento que quiera. De igual forma, Usted tiene derecho de no responder alguna de las preguntas que le hagamos.

Es importante que tenga en cuenta, que por participar en esta entrevista, Usted no recibirá ningún beneficio económico o material. Esta entrevista tendrá una duración aproximadamente de una hora; y si está de acuerdo, será grabada para poder realizar el análisis con el mayor apego a su punto de vista. Si no desea que se grabe, yo (la entrevistadora) tomaré notas durante la entrevista. Todo lo que usted nos diga será manejado de manera estrictamente confidencial para lo cual se asignará un número a su entrevista buscando proteger en todo momento su identidad. La información que nos proporcione será resguardada por personal autorizado.

La devolución de los resultados se hará una vez finalice la investigación y si tiene Usted alguna duda sobre esta investigación, o si requiere mayor información puede llamar a la profesora María Victoria López como responsable principal de este estudio, en el teléfono 219-63-16 de la Universidad de Antioquia. Su colaboración es muy valiosa para nosotros, muchas gracias por participar.

Firma del Participante en el estudio

Firma de la Persona que obtiene el Consentimiento

Firma del testigo 1

Firma del testigo

ISBN: 978-958-44-5095-1



9 989584450951